

Satu Kortetmäki

MYÖTÄTUNTOUUPUMUS HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMANA
SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN SYÖPÄTAUTIEN
POLIKLINIKALLA JA HEMATOLOGISELLA VUODEOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

MYÖTÄTUNTOUUPUMUS HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMANA SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN SYÖPÄTAUTIEN POLIKLINIKALLA JA HEMATOLOGISELLA VUODEOSASTOLLA

Kortetmäki, Satu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
kesäkuu 2011
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 52
Liitteitä: 4

Asiasanat: terveyden edistäminen, työhyvinvointi, myötätuntouupumus

Tämän opinnäytetyön aiheena oli myötätuntouupumus hoitohenkilöstön kokemana Satakunnan keskussairaalan syöpätautien poliklinikalla ja hematologisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa myötätuntouupumuksen esiintyvyyttä hoitohenkilökunnassa sekä arvioida niitä tekijöitä, jotka edistävät ja ehkäisevät uupumuksen kehittymistä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa myötätuntouupumuksesta ja sen kehittymisestä sekä ennaltaehkäisystä. Opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään terveyden edistämistä, työhyvinvointia ja myötätuntouupumusta. Aiheiden käsittelyssä on pyritty painottamaan ennaltaehkäisevää näkökulmaa ja tarjoamaan lukijalle tietoa työhyvinvoinnin parantamisesta ja uupumisen ehkäisystä.

Opinnäytetyön yhteistyökumppaneina toimivat Satakunnan Keskussairaalan syöpätautien poliklinikan ja hematologisen vuodeosaston hoitohenkilöstöt. Tutkimusosueiden aineisto kerättiin käyttäen Professional Quality of Life-järjestön kehittämää myötätuntoutyytyväisyys ja uupumustestiä. Testi on strukturoitu kyselylomake, joka koostuu kolmestakymmenestä väittämästä. Tämän lisäksi kyselylomake sisälsi yhden avoimen kysymyksen, jossa kerättiin vastaajien ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Tutkimuksen otannan koko oli 35 (N) ja vastattuja kyselylomakkeita palautettiin kaikkiaan 27 (n). Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 77%. Kyselylomakkeiden avulla kerätty tutkimusaineisto järjesteltiin havaintomatriisiksi, joka analysoitiin tilastollisten menetelmien avulla käyttäen Tixel-ohjelmaa. Avoimen kysymyksen vastauksia tulkittiin sisällön analyysin avulla.

Tutkimustulosten perusteella suurin osa kohderyhmän hoitajista sijoittui sekä myötätuntoutyytyväisyyttä että myötätuntouupumusta mittaavissa osioissa keskitasoon. Tuloksista kävi ilmi, että suurin osa vastanneista pitää työstään hoitajana ja tuntee työnsä kautta ammattiylpeyttä. Avoimen kysymyksen vastauksissa korostui erityisesti työnohjaus, jota ehdotti työhyvinvoinnin edistämiseksi lähes puolet vastaajista. Muita ehdotuksia olivat muun muassa riittävä henkilökuntamäärä, työtilojen parantaminen, avoin keskustelu hoitajien jaksamisesta ja esimiehen taholta saatava tuki. Vapaa-ajalla tapahtuvaa työhyvinvoinnin kehittämistä yhteisten kokoontumisten merkeissä ehdotti kolmasosa kysymykseen vastanneista.

COMPASSION FATIGUE AS EXPERIENCED BY HEALTHCARE WORKERS IN THE ONCOLOGY POLYCLINIC AND HEMATOLOGY WARD OF SATAKUNTA CENTRAL HOSPITAL

Kortetmäki, Satu
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
June 2011
Supervisor: Flinck, Marja
Number of pages: 52
Appendices: 4

Keywords: health promotion, work-related well-being, compassion fatigue

The theme of this thesis was compassion fatigue as experienced by the healthcare workers in the oncology polyclinic and hematology ward of Satakunta Central hospital. The purpose of this thesis was to map out the occurrences of compassion fatigue among the healthcare workers and to assess the factors that increase and prevent the development of fatigue. The aim of this thesis was to produce information about compassion fatigue, its development and prevention. In the theoretical part of this thesis health promotion, work-related well-being and compassion fatigue will be looked at. The aim was to emphasize the preventive point of view and to give the reader information about how to improve work-related well-being and prevent fatigue.

The healthcare workers of the oncology polyclinic and hematology ward of Satakunta Central hospital collaborated with the making of this thesis. The material of this thesis was gathered by using the Professional Quality of Life Scale that tests compassion satisfaction and compassion fatigue. The test is a structured questionnaire, which consists of thirty statements. In addition to this, the questionnaire included one open question, which asked for the respondents' suggestions on how to improve work-related well-being. The size of the sampling was 35 persons and 27 answered forms were returned, so the percentage of answers was 77 percent. The material that was gathered with the help of the questionnaires was arranged into a data matrix that was analyzed with the help of statistical methods by using Tixel statistics program. The answers to the open question were analysed by using content analysis.

According to the results the majority of the healthcare workers tested as being in the middle when testing both compassion satisfaction and compassion fatigue. The results showed that the majority of the respondents like to work as nurses and feel a sort of professional pride through their work. In their answers for the open question nearly half of the respondents suggested that work-related well-being could be improved through group discussions that handled problem situations. Other recommendations included for example an adequate amount of staff, improvement of work spaces, open discussions on how to nurses are coping and support given by foreman. One third of the respondents suggested that work-related well-being could be improved by meeting all the nurses as a whole group once in a while outside of work.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	7
4	TYÖHYVINVOINTI	9
4.1	Työhyvinvoinnin kehittämisen keinoja	10
4.1.1	Terveys tukee työhyvinvointia.....	11
4.1.2	Tyky-toiminnasta potkua työhön	13
4.1.3	Työnohjaus avaa solmuja.....	14
4.2	Työuupumus	15
5	MYÖTÄTUNTOUUPUMUS	16
5.1	Miten myötätuntuupumus kehittyi?	16
5.1.1	Sympatia, empatia ja myötätunto.....	16
5.1.2	Auttajan persoona.....	17
5.1.3	Uupumuksen “tuntomerkit”	18
5.2	Myötätuntuupumuksen ennaltaehkäisy.....	20
5.2.1	Tiedostaminen ja tunnistaminen.....	21
5.2.2	Tasapaino	22
5.2.3	Yhteys muihin ihmisiin ja elämää kannatteleviin tekijöihin.....	23
5.3	Myötätuntuupumuksen hoito	25
5.4	Myötätuntotyytyväisyys.....	25
6	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖUUPUMUKSESTA	26
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	28
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	28
7.2	Kohdejoukko.....	29
7.3	Aikataulu.....	30
7.4	Aineiston keruu ja analysointi	30
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	31
8.1	Taustamuuttajat	32
8.2	Hoitohenkilökunnan myötätuntotyytyväisyys	35
8.3	Hoitohenkilökunnan post traumaattinen stressi.....	37
8.4	Hoitohenkilökunnan burnout -riski.....	39
8.5	Vastaajien ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi.....	41
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	43
10	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA POHDINTA	46
10.1	Reliabiliteetti ja validiteetti.....	46

10.2 Tutkimuksen eettisyys	48
10.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita	49
LÄHTEET	51

LIITTEET

Liite 1: Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Liite 2: Kyselylomake

Liite 3: Myötätuntotyytyväisyys ja -uupumustestin pisteytys

Liite 4: Teoreettiset viitearvot testin tuloksille

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuolto on teollisuuden jälkeen Suomen toiseksi suurin työllistäjä. Vuonna 2009 alalla työskenteli 388 000 henkilöä eli 16% maamme työssäkäyvistä. (Tilastokeskus 2011.) Sosiaali- ja terveysalan työpaikoille on tyypillistä naisvaltaisuus, henkilöstön korkea keski-ikä ja työn painottuminen julkiselle sektorille, vaikka yksityisten palveluntuottajien määrä onkin kasvussa. Alalla työskentelevät näkevät työnsä antoisana ja monipuolisena ja siinä katsotaan olevan mahdollista oppia jatkuvasti uutta. Suurimpina terveysuhkina alalla pidetään työn fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta. Vuonna 2003 julkaistun Työ ja terveys-tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla työskentelevistä työtään piti henkisesti rasittavana noin puolet. (Laine ym. 2006, 6.)

Hoitohenkilökunnan psyykkinen kuormittuminen heijastuu sekä heidän omaan terveyteensä että asiakkaiden ja potilaiden saaman palvelun laatuun (Laine ym. 2006, 7). Yhdysvaltalainen Charles R. Figley kehitti käsitteen myötätuntouupumus (compassion fatigue) kuvatakseen tätä auttajantyössä ilmenevää stressireaktiota. Hän määritteli myötätuntouupumuksen tilana, jolle on ominaista jännittyneisyys ja varautuneisuus auttajan käsitellessä asiakkaansa traumaa. Sitä pidetään merkittävänä työperäisenä riskinä, joka aiheuttaa työkyvyttömyyttä, työtehon laskua ja vaikeuksia myös yksityiselämässä. Sekä myötätunto- että työuupumuksessa voidaan työperäinen tunnekuormitus nähdä keskeisenä taustatekijänä. Ilmiöt ovat yleisiä, sillä lähes kaikki hoitoalalla työskentelevät kohtaavat jossakin työuransa vaiheessa joko myötätunto- tai työuupumusta. (Toivola 2004, 330-332.)

Osaava, riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö on tulevaisuudessakin hoitoalan tärkein voimavara. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien työkyky sekä motivaatio ovat riittävän henkilökuntamäärän ohella keskeistä palveluiden toimivuudelle. Työympäristöön ja henkilökunnan jaksamiseen on tarpeen suunnata yhä enemmän resursseja, jotta työelämässä olevat saadaan pidettyä alalla ja uutta työvoimaa rekrytoitua. (Laine ym. 2006, 7.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa myötätuntuupumuksen esiintyvyyttä hoitohenkilökunnassa sekä arvioida niitä tekijöitä, jotka edistävät ja ehkäisevät myötätuntuupumuksen kehittymistä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa myötätuntuupumuksesta, sen kehittymisestä ja ennaltaehkäisystä. Opinnäytetyön yhteistyökumppaneina toimivat Satakunnan keskussairaalan hematologisen vuodeosaston ja syöpätautien poliklinikan hoitohenkilöstöt.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Missä määrin myötätuntuupumus kuormittaa hoitohenkilöstön työhyvinvointia Satakunnan keskussairaalan hematologisella osastolla ja syöpätautien poliklinikalla?
2. Miten ehkäistä hoitohenkilöstön myötätuntuupumusta ja edistää työhyvinvointia?

Tutkimuksen avainsanoja ovat terveyden edistäminen, työhyvinvointi ja myötätuntuupumus.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

WHO:n eli Maailman terveysjärjestön mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Tätä näkökulmaa on kuitenkin arvosteltu, koska sen pohjalta terveyttä on lähes mahdotonta saavuttaa. Tärkeintä onkin se, miten ihminen itse kokee oman terveytensä. Yksilön terveys on jatkuvassa muutoksessa oleva tila, johon vaikuttavat erityisesti fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö sekä yksilölliset arvot ja asenteet. Koetun terveyden tärkein mittari on **autonomia** eli ihmisen kyky ja mahdollisuus huolehtia itse itsestään ja päättää omista asioistaan. Terveys on ihmisen voimavara, jota jokainen voi omilla toimillaan joko kasvattaa tai kuluttaa. Tämänhetkinen terveys on seurausta siitä, millaisia valintoja olemme aiemmin tehneet. Tämän päivän päätöksillä ja teoilla on puolestaan vaikutusta tulevaan hyvinvointiimme. (Huttunen 2010.)

Suuri osa terveyden edistämisestä pohjautuu hoitotyön arvomaailmaan ja pyrkimykseen kartoittaa hyvään elämään liittyviä tekijöitä. Tarkoituksena ei siis suoranaisesti ole muuttaa ihmisen käyttäytymistä, vaan **parantaa mahdollisuutta** tehdä valintoja kohti terveellisempää elämäntapaa. Suomessa terveyden edistäminen ilmestyi keskusteluun 1980-luvun puolivälissä, vaikkakin terveyden yhteiskunnalliset määrittäjät olivat olleet voimakkaasti esillä jo 1970-luvulla. Suomalaiset olivat myös mukana luomassa kansainvälistä terveyttä edistävää ohjelmaa sen alkuvaiheista saakka. Nykyisin terveyden edistämisessä pyritään lähestymään terveys-käsitettä kahdesta suunnasta samanaikaisesti: sekä **yksilöiden** että **yhteisöjen** näkökulmasta. Tavoitteena on korostaa ihmisen mahdollisuutta hallita omaa terveyttään ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä yksilönä että yhteisössä. (Vertio 2003, 29, 37-38.)

Terveyden edistäminen on yksi keskeisimmistä hoitotyön toiminnoista ja toteutessaan se vaatii myös hoitohenkilökunnan motivaatiota ja voimavaroja. Terveyden edistäminen voidaan kohdistaa tietyille ryhmille, kuten ikäihmiselle tai työssäkäyville. Erityisen hyvin terveyden edistäminen näkyy suomalaisessa perusterveydenhuollossa, joka tavoittaa kansalaiset jo neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa sekä myöhemmin työelämässä työterveyshuollon kautta. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2006, 160-161.) Tervettä edistävät tekijät eivät kuitenkaan ole vain asiantuntijoiden hallussa, vaan niitä voi jokainen löytää omasta arjestaan. Sauna, teatteri tai jääkiekkokatsomo voidaan nähdä terveyttä edistävänä tekijänä samoin kuin esimerkiksi luontoihmiselle marjametsä tai hirvijahti. Ihmisellä on taipumus etsiä mielihyvää, virkistystä ja voimavaroja tuovia tilanteita ja yhteiskunnan tulisi tarjota tähän mahdollisuuksia. (Salo & Tuunainen 1996, 209; Vertio 2003, 10-11.)

Suomessa yleinen ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveyden edistäminen perustuu **kansanterveyslakiin**, mutta siitä säädetään myös tartuntataulaissa, tupakkalaissa ja raittiustyölaissa. Terveyden edistäminen on siis lain mukaan osa kansanterveystyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö tukee terveyden edistämistä siihen osoitetuilla määrärahoilla. Näillä määrärahoilla pyritään vaikuttamaan terveyttä edistäviin elintapoihin sekä ympäristön turvallisuuteen, puhtauteen ja esteettömyyteen. Keskeisiä tavoitteita ovat muun muassa terveyserojen kaventaminen, tartuntatautien torjunta ja tapaturmien ennaltaehkäisy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö tukee myös terveyden edistämistä kunnissa ja valvoo, että kunnat ottavat terveyttä edistävän näkökulman huomioon toiminnassaan ja päätöksissään. Esimerkkinä tästä on vuosina 2008–2011 toteutettava Kaste-projekti, jossa tuetaan kuntien mahdollisuuksia puuttua terveyden riskitekijöihin ja edistää kunta-laisten terveyttä sekä kaventaa terveyseroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kaste eli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma pyrkii käynnistämään toimenpiteitä, joilla luodaan uusia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä toimintamalleja. Kehittämisohjelman keskeisiä painopisteitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja kustannustehokkuuden nostaminen terveyttä edistämällä ja ongelmia ennaltaehkäisemällä sekä vahvistamalla kansalaisten peruspalveluja. Ohjelman tarkoituksena on myös kehittää terveydenhuollon johtamista ja henkilöstörakennetta. Sosiaali- ja terveysministeriö myös tavoittelee Kaste-ohjelman avulla pysyviä perusterveydenhuollon kehittämisratkaisuja, joilla voitaisiin turvata jatkuva palveluiden kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.)

4 TYÖHYVINVOINTI

Työhyvinvointi koostuu yksilön kokemuksista ja tuntemuksista työn mielekkyydestä ja merkityksellisyydestä, hyvästä työilmapiiristä ja kannustavasta esimiehestä. Työntekijän **mahdollisuus vaikuttaa** omaan työhönsä on tutkimusten mukaan työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen tärkein tekijä. Yksilön kokemus työn sujumisesta ja aikaansaamisen tunteesta vaikuttaa myös merkittävästi viihtymiseen työpaikalla. Tätä viihtyvyyttä parantavat työntekijän osaaminen ja ammattitaito sekä työn, perheen ja vapaa-ajan yhtensovittaminen työaikajärjestelyiden kautta. Työntekijän tulee omalta taholtaan huolehtia työpaikan turvallisuudesta, ergonomiasta ja riittävästä resursseista sekä minimoida mahdolliset riskitekijät työpaikalla. Työhyvinvointi ilmenee konkreettisesti yksilötasolla työhön paneutumisena ja yhteistyön sujumisena työpaikalla sekä organisaatiotasolla tuloksellisena toimintana ja laadukkaana palveluna. (Surakka 2009, 102, 105.)

Panostaminen työkykyyn ja henkilöstön hyvinvointiin näkyy myös säästöinä eläke- ja sairauskustannuksissa. Yhteiskunnan olisi pidettävä huolta siitä, että työssä olevat jaksaisivat entistä pidempään työelämässä. Iäkkäämmät työntekijät ovat myös arvokkaita työpaikallaan, sillä työvuosien myötä sekä kokemus että ammattitaito kasvavat. (Rauramo 2003, 6-7.) Vuonna 2008 eläkkeelle jäätiin keskimäärin 59-vuotiaana, vaikka yleinen eläkeikä alkaa vasta 63-vuotiaana. Tulevaisuudessa paineet eläkeiän nostamiseksi vielä kasvavat, sillä työntekijöitä tarvitaan jatkossa yhä enemmän esimerkiksi vanhuspalveluiden tarpeisiin. Tämän vuoksi olisikin tärkeää panostaa ikääntyvien työntekijöiden jaksamiseen työelämässä vähintään eläkeikään saakka. Keinoja ovat varhaisen ongelmiin puuttumisen ohella työolosuhteiden säännöllinen seuraaminen ja muokkaaminen työntekijälle sopiviksi sekä työn vaatimusten ja voimavarojen tasapainottaminen. Esimerkiksi pitkäaikainen työkyvyttömyys, joka johtaa varhaiseen eläkkeelle jäämiseen, olisi suurelta osin ehkäistävissä varhaisella puuttumisella ja tehokkaalla kuntoutuksella. (Rauramo 2008, 60; Surakka 2009, 101.)

Työhyvinvointi koostuu monesta eri tekijästä, kuten työntekijän omasta terveydestä, työmotivaatiosta ja hyvästä työn hallinnasta. Tärkeä osa työhyvinvointia on myös työntekijöiden **henkinen hyvinvointi**. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Turvalisessa ja hyvin johdetussa työpaikassa työntekijä työskentelee osaavasti ja tuottavasti. Hän kokee työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi ja kykenee vastaamaan työelämän uusiin haasteisiin. Organisaation taloudellisen menestymisen ja työntekijöiden hyvinvoinnin on myös todettu olevan myönteisesti yhteydessä toisiinsa. Työhyvinvoinnin edistäminen tuleekin nähdä työpaikoilla osana organisaation jatkuvaa toimintaa, mutta sitä voidaan aktivoida myös erilaisilla kehittämishankkeilla. (Laine ym. 2011, 14; Rauramo 2003, 6-7.)

4.1 Työhyvinvoinnin kehittämisen keinoja

Työhyvinvointia voidaan käytännössä edistää työpaikoilla esimerkiksi **parantamalla työsuojelua ja työterveyshuollon toimintaa** sekä järjestämällä työkykyä ylläpitävää **tyky-toimintaa**. Myös työtä, työoloja ja henkilöstön osaamista kehittämällä voidaan parantaa työhyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Sosiaali- ja terveys-

alalla työhyvinvointi koostuu useasta osatekijästä. Hoitotyössä esimerkiksi työtehtävät ja potilasaines vaihtelevat huomattavasti eri yksiköiden välillä. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevillä on tilastojen mukaan enemmän sairauslomapäiviä kuin ammateissa toimivilla keskimäärin. Sairaslomalle jää hoitoalalla useimmiten iäkkäämpi työntekijä, joka kärsii tuki- ja liikuntaelinsairaudesta tai mielenterveysongelmista. (Laine ym. 2011, 13-14.)

Työntekijän hyvä fyysinen ja psyykkinen terveys luovat pohjan työssä jaksamiselle, mutta työhyvinvointiin tarvitaan myös riittävät henkilöstöresurssit ja työntekijöiden tarpeita vastaava ja kehittyvä työympäristö. Mikäli työyhteisön voimavarat eivät riitä ongelmien ratkaisemiseen ja työhyvinvoinnin parantamiseen, voidaan kääntyä myös työpaikan sisäisten tai ulkoisten asiantuntijoiden puoleen. Näitä asiantuntijoita voivat olla esimerkiksi työsuojeluviranomaiset tai työpaikan luottamushenkilöt. Esimiehillä on keskeinen rooli työhyvinvoinnin kehittämisessä, sillä he vastaavat toimintaedellytysten luomisesta ja ylläpitämisestä, mutta viimekädessä vastuu hyvinvoivasta työympäristöstä on jokaisella työntekijällä itsellään. Terveellinen ja turvallinen työpaikka, joka vastaa yksilön työkyvyn resursseja, parantaa elämänlaatua sekä työssä että työn ulkopuolella. (Rauramo 2008, 26; Rauramo 2003, 7; Surakka 2009, 101-102.)

4.1.1 Terveys tukee työhyvinvointia

Työkyky on monen tekijän summa, jossa on kysymys ennen kaikkea työn vaatimusten ja työntekijän toimintaedellytysten välisestä suhteesta. Elintavat joko lisäävät tai kuluttavat työntekijän voimavaroja ja vaikuttavat näin kykyyn tehdä työtä. **Terveelliset elintavat ja mielekkäät vapaa-ajan harrastukset sekä sosiaalinen tukiverkosto** tasapainottavat työssä koettua rasitusta. Työntekijän hyvä fyysinen ja psyykkinen terveys ovat tärkeitä työn laadun ja asiakaspalvelun kannalta. (Rauramo 2003, 7.) Työhyvinvointia tukevia terveysvalintoja ovat muun muassa säännöllinen liikunta, terveellinen ravinto, tupakoimattomuus, kohtuus alkoholin käytössä ja riittävä yöuni (Rauramo 2008, 60).

Säännöllisellä ja omia mieltymyksiä vastaavalla liikunnalla on merkittäviä vaikutuksia yksilön terveyteen ja työkykyyn, sillä **hyvä fyysinen kunto** auttaa jaksamaan

työssä ja lisää hyvinvointia myös vapaa-ajalla. Liikuntaa suositellaan harrastettavan kahdesta viiteen kertaan viikossa noin puoli tuntia tai tunnin kerrallaan. Liikunnan harrastamisesta on silti aina hyötyä, vaikka se olisikin suosituksia lyhytkestoisempaa tai suoritusten väli olisi pidempi. Fyysinen suorituskky voi vaihdella suurestikin yksilöiden välillä, mutta keskimäärin ”huippuvireessä” ollaan 25-35-vuotiaina. Fyysinen suorituskky heikentyy selvästi vasta 50 ikävuoden jälkeen. **Työpaikkaliikunnan** tavoitteena on tukea aktiiviliikkujia, kannustaa satunnaisesti liikkuvia säännöllisyyteen sekä saada liikuntaa harrastamattomat liikunnan pariin. Työpaikkaliikunnalla pyritään myös yhteishengen lujittamiseen työpaikalla. Valitettavasti on kuitenkin tutkimuksia siitä, että työnantajan tarjoamia liikuntamahdollisuuksia käyttää hyväkseen vain noin 20% henkilöstöstä, jolloin 80% työntekijöistä jättäytyy työpaikkaliikunnan ulkopuolelle. (Rauramo 2008, 61-63.)

Useampi kuin joka toinen suomalainen on ylipainoinen, joten ylipaino onkin merkittävä osatekijä suomalaisten kansansairauksissa. Ylipaino altistaa sydän- ja verisuonitaukeille sekä nostaa verensokeria, joten **painonhallinta** on myös merkittävää terveyden edistämistä. Riittävä liikunta yhdessä terveellisten ruokailutottumusten kanssa auttaa painonhallinnassa. Terveyttä ja työkykyä edistävä ravinto on monipuolista ja värikästä ja siitä saadaan tarvittavat vitamiinit sekä kivennäisaineet. Fyysisessä työssä on myös tärkeää ehkäistä nestevajausta nauttimalla riittävästi vettä. Elimistö saattaa muutoin ilmoittaa nestevajauksesta esimerkiksi päänsärkynä tai väsymyksenä. (Rauramo 2008, 64-66.)

Unen aikana aivot latautuvat ja elimistö saa levätä. Vähäinen yöuni heikentää työ- ja toimintakykyä sekä alentaa vireystilaa päiväsaikaan. Unettomuus nostaa työtapaturmien riskin kaksikertaiseksi ja aiheuttaa keskittymisvaikeuksia sekä muistihäiriöitä. Tämän vuoksi työssä käyvä ihminen tarvitsee unta minimissään kuusi tuntia vuorokaudessa, mieluiten kahdeksan tuntia. **Unen tarve** on kuitenkin yksilöllinen ja vaihtelee eri elämäntilanteissa. Jopa neljäsosa suomalaisista kärsii eriasteisista nukahtamisvaikeuksista. Unihäiriöt ovatkin tyypillisesti työperäisiä ja johtuvat joko ylitöistä tai poikkeavista työajoista. Kolmivuorotyö ja työntekijän kannalta epäedullinen työvuorosunnittelu altistavat nukahtamisvaikeuksille illalla ja väsymykselle päiväsaikaan. Tämä voi johtaa myös erilaisiin somaattisiin oireisiin kuten vatsavaivoihin ja sydänoireisiin. Vuorotyötä tekevien kohdalla tulisikin työterveyshuollon olla valp-

paana tunnistamaan näitä terveyshaittoja ja jakamaan tietoa niistä sekä pyrkiä ennaltaehkäisemään vuorokausirytmien häiriöitä. (Rauramo 2008, 68-70.)

4.1.2 Tyky-toiminnasta potkua työhön

Jotta työntekijät voisivat paremmin ja jaksaisivat pitempään työelämässä, ovat organisaatiot ja työnantajat ryhtyneet laatimaan **työkykyä ylläpitäviä tyky-ohjelmia** (Surakka 2009, 101). Tyky-toiminta sai alkunsa jo vuonna 1989 keskeisten työmarkkinajärjestöjen sovittua tulopoliittisen sopimuksen yhteydessä suosituksesta työkykyä ylläpitävän toiminnan järjestämiseksi työpaikoilla. Myöhemmin sosiaali- ja terveysministeriö antoi ohjeet Tyky-toiminnan mahdollisista toimintamuodoista ja järjestämisestä osana työterveyshuoltoa. Näissä ohjeissa määriteltiin myös, että tykytoiminnan tulee tapahtua yhteistyössä työnantajan, työntekijäjärjestöjen, työsuojelun ja työterveyshuollon kanssa kattaen kaikki yksikön työntekijät heidän koko työuransa ajan. Suomessa myös kehitettiin 1990-luvun alussa erilaisia tyky-toiminnan malleja, joiden avulla pyrittiin ylläpitämään ja edistämään henkilöstön työkykyä. (Rauramo 2008, 24.)

Tyky-toiminta pyrkii olemaan laaja-alaista yksilön **hyvinvoinnin ja työkyvyn edistämistä** kohdistuen terveyden edistämiseen työyhteisössä ja työympäristössä. Se on myös työpaikan asenteiden ja arvojen sekä tietojen ja taitojen uudistamista ja kehittämistä. Tyky-toiminnan suunnittelu ja priorisointi alkavat aina työpaikan omista lähtökohdista käsin. Toiminnasta vastaamaan voidaan nimetä erillinen työkyvyn ylläpitoryhmä eli tyky-ryhmä. Onnistunut toiminta perustuu aina hyvään yhteistyöhön, jossa sekä työntekijällä että esimiehellä on omat roolinsa ja vastuunsa. Nykyisin tyky-käsitteen rinnalla puhutaan myös työhyvinvointia edistävästä toiminnasta eli tyhytoiminnasta. (Rauramo 2003, 6-7.)

Työkykyä tai työhyvinvointia edistävän toiminnan kohdealueet voidaan jakaa neljään ryhmään. Näistä ryhmistä **työ ja työympäristö** käsittävät esimerkiksi työturvallisuuden, hygienian ja ergonomiaan liittyvät toimet. Työpaikan **toimintatavat, johtaminen ja vuorovaikutus** työpaikalla muodostavat oman ryhmänsä. Muita kohdealueita ovat **työntekijän voimavarat ja terveys** sekä **ammattillisen osaamisen ylläpi-**

täminen ja edistäminen. Jotta työhyvinvoinnin kehittäminen ja työkykyä ylläpitävä toiminta voisivat saavuttaa konkreettisia tuloksia, tulisi henkilöstön työhyvinvointia systemaattisesti seurata ja mitata. Työhyvinvointia voidaan mitata esimerkiksi työkykyindeksillä, osaamiskartoituksilla ja työolobarometrin avulla. Tulosten perusteella voidaan luoda kehitystavoitteita ja muokata työpaikan strategiaa ja tavoitteita huomioiden työntekijöiden työssä jaksaminen. Mittareilla voidaan myös arvioida työkykyä edistävän toiminnan tuloksia ja kehittää työtoiminnan vaikuttavuutta. (Rauramo 2008, 24-26; Rauramo 2003, 6-7.)

4.1.3 Työnohjaus avaa solmuja

Työnohjauksen on todettu ehkäisevän ainakin hoitotyössä ja opetuslalla työskentelevien työuupumusta (Rovasalo 2009). Työnohjaus tarjoaa mahdollisuuden edistää ammatillista kasvua ja henkilökunnan yhteistyötä sekä luoda yhteisiä tavoitteita ja toimintaperiaatteita työpaikalla. Työnohjaus on sekä keskustelun että toiminnallisten menetelmien kautta tapahtuvaa työn kehittämistä, jonka tavoitteena on ammatillisen osaamisen parantaminen ja työssä jaksamisen turvaaminen. Työnohjaus perustuu vuorovaikutusprosessin kautta tapahtuvaan oppimiseen, jossa käsitellään työhön, työyhteisöön ja omaan ammatti-identiteettiin liittyviä kysymyksiä. Työnohjauksen kautta pyritään myös lisäämään sekä oman että muiden **työn arvostusta ja työtehtävien hallinnan tunnetta**. Työnohjauksen ei kuitenkaan ole tarkoitus olla terapiaa, vaan siinä keskitytään työasioihin ja niistä nouseviin kysymyksiin ja kehittämistarpeisiin. Työnohjausta annetaan joko yksilöllisesti tai pienryhmissä ja sitä ohjaa koulutuksen saanut työnohjaaja. Joskus työnohjaus voi tapahtua myös suuremmassa ryhmässä koko työyhteisön ollessa läsnä. Työantajalla on mahdollisuus ostaa työnohjausta joko sisäisenä tai ulkoisen palveluna. Työnohjauksen lähtökohtana ovat aina työpaikan ja työntekijöiden ohjaustarpeet. Ohjatussa ryhmässä työntekijät voivat vuorovaikutuksen kautta löytää ratkaisuja työhyvinvoinnin kehittämiseen ja työssä jaksamiseen. Työnohjauksen tavoitteena voi olla esimerkiksi työviihtyvyyden parantaminen, ongelmanratkaisun kehittäminen ja ammatti-identiteetin vahvistaminen. (Rauramo 2008, 171-72.)

4.2 Työuupumus

Maamme työssäkäyvistä 2,5% on kärsinyt vakavasta työuupumuksesta ja lievästä uupumuksesta on kärsinyt joka neljäs työssäkäyvä. Työuupumus ei ala yhtäkkiä ja yllättäen, vaan se on **pitkäaikaisen stressin** tuloksena syntynyt oireyhtymä. Kaikki kokevat joskus työstressiä ja stressin avulla pyrimme myös hallitsemaan kuormittavia työtilanteita. Työuupumus syntyy, kun henkilö työstressin myötävaikutuksesta vähitellen menettää työnsä hallinnan eikä pysty enää vastaamaan työympäristön haasteisiin. Kun tilanne pitkittyy, seuraa passiivinen ”luovutus ja lamaannus” reaktio, joka on merkki työuupumuksesta. Työuupumuksen perusoireita ovat voimakas kokonaisvaltainen väsymys, heikentynyt ammatillinen itsetunto ja kyyninen suhde työhön. Voimakas stressi voi tuoda mukanaan myös somaattisia oireita, kuten päänsärkyä, vatsavaivoja ja unettomuutta. Oireiden voimakkuus ja kesto voivat vaihdella hyvinkin paljon eri ihmisten välillä. Masennus ja työuupumus myös limittyvät toisiinsa, joten kyse voi olla myös molempien tilojen kokemisesta yhtäaikaaisesti. Yksityiselämässä tapahtuvat kriisit saattavat altistaa työuupumukselle, sillä useiden kriisien kasautuessa päällekkäin voi kuormituskyvnys ylittyä herkästikin. (Rauramo 2008, 57-59; Rovasalo 2009.)

Työuupumuksen hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja se voi koostua esimerkiksi lääkehoidosta ja psykoterapiasta sekä stressinhallinnan tukemisesta ja univaikeuksien hoidosta. Työuupumusta ennaltaehkäisevät työn ja vapaa-ajan rajojen selkiyttäminen, hyvät ihmissuhteet työssä ja työn ulkopuolella sekä kannustava esimies. Myös omasta hyvinvoinnistaan huolehtiminen, hyvä ilmapiiri työpaikalla ja työn kokeminen mielekkääksi ehkäisevät työuupumusta. (Rovasalo 2009.) Hoitotyössä työhyvinvointia edistävät tutkimusten mukaan korkea koulutustaso, pitkä työkokemus ja osa-aikatyö. Työuupumukselle puolestaan altistavat nuori ikä, lyhyt työkokemus ja runsas työmäärä. Mies- ja naishoitajien työuupumuksessa ei ole todettu olevan merkittäviä eroja. (Kanste 2005, 71-72.) Työuupumus on aina **henkilökohtainen kriisi**, josta selviäminen voi kuitenkin myös parantaa elämänhallinnan tunnetta. Ratkaisematon kriisi kuluttaa työntekijän voimavaroja, sillä aikaa ja energiaa kuluu puolustusmekanismien ylläpitämiseen. Työuupumuksesta selviäminen antaa työntekijälle jatkossa henkistä vahvuutta. (Rauramo 2008, 59.)

5 MYÖTÄTUNTOUUPUMUS

Myötätunto on meille arkinen asia, joka näyttäytyy monin eri tavoin jokapäiväisessä elämässämme. Se on pyyteettömyyttä, ystävällisyyttä, iloa toisen menestyksestä ja reiluja tekoja lähimmäisen hyväksi. Samalla myötätunto on kuitenkin myös ihmiskunnan säilymisen elinehto ja yhteisöjen rakentamisen peruspilari. Historiallisissa kertomuksissa löytyy tarinoita myötäeläjästä ja sijaiskärsijöistä, mutta tänä päivänä puhumme modernisti ammattiauttajista. Niin kauan kuin on ollut myötätuntoa ihmisten välillä, niin kauan on varmasti koettu myös myötätuntouupumusta. (Nissinen 2009, 50; Sjöroos 2010, 25, 27-28.)

5.1 Miten myötätuntouupumus kehittyy?

Nykyään emotionaalisen uupumisen uhka koskettaa esimerkiksi hoitajia, poliiseja, sosiaalityöntekijöitä ja kirkon henkilökuntaa. Näiden ammattiryhmien lisäksi on hyvä muistaa että yksityiselämässä myötätunnosta voi uupua kuka tahansa; perheenjäsen, ystävä tai työkaveri. Käsitteen myötätuntouupumus (compassion fatigue) kehitti yhdysvaltalainen Charles R. Figley, joka julkaisi ensimmäisen kirjansa aiheesta vuonna 1995. Myötätuntouupumus on siis vielä melko **uusi tutkimusala**, vaikkakin auttamistyöhön liittyvää emotionaalista kuormittumista on tutkittu jo vuosia. Myötätuntouupumus on työperäistä uupumusta, joka syntyy **runsaan emotionaalisen kuormituksen** seurauksena. Se on yksi työuupumuksen laji, jolle on tyypillistä toistuvasti ajatuksiin palaavat mielikuvat ahdistaviksi koetuista potilastilanteista sekä loppuunpalamisen tunne eli burnout. Auttamistyötä tekevien keskuudessa myötätunnosta uupuminen koetaan edelleenkin häpeälliseksi ja avun hakeminen jopa ammatilliseksi epäonnistumiseksi. (Nissinen 2009, 12-15; Toivola 2004, 330-332.)

5.1.1 Sympatia, empatia ja myötätunto

Sympatia, empatia ja myötätunto ovat lähekkäisiä käsitteitä. Sympatialla tarkoitetaan toisen ihmisen mielihyvän kokemista myös omana ilonaan tai toisen mielipahan tuntemista myös omana mielipahanaan. Empatia puolestaan tarkoittaa samaistumista

toiseen henkilöön ja elämistä hetkellisesti ikään kuin toisen ihmisen ”nahoissa”. Sympatian ja empatian avulla ihminen tietää, mitä toinen ihminen tuntee ja tuntee itsekin samankaltaisia tunteita. Niiden kautta voimme ymmärtää toisen ihmisen ajatuksia ja löytää vastauksen siihen, miksi joku ihminen toimii ja käyttäytyy tietyllä tavalla. (Nissinen 2009, 70; Sjöroos 2010, 23-24.)

Myötätunnolla tarkoitetaan myötäelämistä kärsivää tai onnettomuuteen joutunutta kohtaan ja siihen liittyy myös voimakas halu lievittää kärsimystä tai poistaa kärsimyksen aiheuttajaa. Myötätunto edellyttää sympatiaa ja empatiaa, mutta niiden lisäksi myös toimintaa ja rakentavia tekoja toisen ihmisen elämäntilanteen helpottamiseksi. Myötätunnon on sanottu olevan sosiaalisten taitojen kuninkuuslaji. Se on yhtä aikaa sekä haastavin että palkitsevin vuorovaikutuksen muoto. Hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana kyky asettua toisen asemaan ja myötäelää hänen tunteitaan. Myötätunto ja empatia ovat hoitotyön keskeisiä voimanlähteitä ja luovat pohjan aidolle vuorovaikutukselle hoitajan ja potilaan välillä. Ilman empatiaa ei synny vastavuoroista kontaktia ja hoitosuhdetta. (Sjöroos 2010, 24, 27; Toivola 2004, 330-332.)

5.1.2 Auttajan persoona

Hoitotyö ei ole vain kliinistä teoretiedon käytäntöön panemista, vaan se on aina myös kahden ihmisen, hoitajan ja hoidettavan, välistä kohtaamista. Auttajantyössä on keskeistä yksinkertaisesti olla ihminen, kasvaa ihmisenä ja jakaa asiakkaan tai potilaan kanssa ihmisenä olemista. Ihmiskäsityksemme muotoutuu ja rakentuu aina uudelleen jokaisessa vuorovaikutustilanteessa. Jokainen kohtaaminen jättää meihin jälkensä. (Lindqvist 1990, 47, 65-67.) Hoitotyön ammattilaiset joutuvat työssään näkemään paljon ihmisten hätää ja kärsimystä sekä todistamaan vierestä potilaiden kovia-kin kohtaloita. Hoito- ja auttamistyötä tekevien olisi hyvä muistuttaa itselleen, että he joutuvat työssään ottamaan kantaakseen suuren määrän ihmisten hätää ja avuttomuutta. Tämä ei voi olla jättämättä jälkeään myös auttajaan itseensä. (Nissinen 2009, 13-14.)

Hoitotyöhön harvemmin ajaudutaan sattumalta vaan alaa pidetään vahvasti kutsusammattina. Syyt alalle hakeutumiseen saattavat löytyä hoitajan omista lapsuuden

kokemuksista. Perheessä on kenties ollut joku, joka on tarvinnut vierelleen hoitajan tai paikka sisarusarjassa voi nostaa kimmokkeen hoitoalalle. Joskus myös miellyttämisen tarve tai ”pelastaja”-mielikuvat ajavat hoitoalalle. Hoitotyön ammattilaisina olemme joka hetki myös menneisyytemme kantajia ja jokaisella meistä on omassa elämänhistoriassamme kipupisteitä. Hoitotyön ammattilaisena toimiminen ei suojaa ihmistä elämän kolhuilta. Jokaisen hoitajan olisi hyvä käydä keskustelua itsensä kanssa ja tunnistaa omat taustansa, sillä ne voivat nousta alitajunnasta pintaan yllättävissäkin tilanteissa ja hämmentää myös hoitajaa itseään. (Lindqvist 1990, 29-32, 67, ;Mattila 2010, 106-107; Toivola 2004, 330-332.)

Potilas- ja asiakastyössä hoitajan persoona on myös vahvasti läsnä kaikissa vuorovaikutustilanteissa. Persoonansa välityksellä hoitaja osallistuu hoidettavansa elämään, ottaa vastaan tämän hätää ja antaa hänelle toivoa ja luottamusta selviytyä vaikeidenkin aikojen yli. Paraskaan ammattitaito ja osaaminen eivät tule koskaan riittämään kaikkeen siihen, mitä hoitajalta työssään vaaditaan. Persoonan käyttäminen hoitotyössä antaa mahdollisuuden avoimeen ja joustavaan vuorovaikutuksen asiakkaan kanssa. Tämä on kuitenkin hoitotyön samanaikaisesti sekä kiitollisin että kuluttavin puoli. Oman persoonansa ”likoon laittaminen” potilas- tai asiakastilanteessa ei ole helppoa, ongelmatonta tai itsestään selvää. Tämän vuoksi hoitajien olisi hyvin tärkeää oppia ”ammattiroolin” ja persoonan käytön oikea rytmittäminen. (Lindqvist 1990, 63, 73-78.)

5.1.3 Uupumuksen ”tuntomerkit”

Hoitajat reagoivat emotionaalisesti kuormittaviin työtilanteisiin kukin omalla tavallaan. Raskaan työn seuraukset heijastuvat ajatusmaailmaan ja käyttäytymiseen yksilöllisesti, joten yhtä ainoaa, kaikkia hoitotyön ammattilaisia koskevaa myötätuntouupumuksen määritelmää tuskin on olemassa. Toiset ovat persoonaltaan herkempiä uupumaan myötätunnosta, mutta **riittävän suuri kuormitus** voi altistaa lähes jokaisen hoitajan uupumukselle. Hoitajien luonteenpiirteistä onkin löydettävissä tiettyjä uupumuksen riskitekijöitä, joita ovat muun muassa taipumus syyllisyyden ja riittämättömyyden tuntoihin, vaikeus turvautua muiden apuun ja itsestä piittaamattomuus. Myös hoitajan **ylivastuullisuus ja ylitunnollisuus** johtavat helposti uupumukseen.

Jos työntekijä kokee velvollisuudekseen olla aina kaikkien saatavilla ja pitää itseään korvaamattomana, niin ollaan helposti ikään kuin ”rannattomalla merellä” ja työtehtävien sarka näyttää tällöin loputtomalta. Myötätuntuupumuksessa pinnalle nousee usein syyllisyydentunne siitä, ettei ole tehnyt tarpeeksi. (Lindqvist 1990, 129; Nissinen 2009, 178, 199; Salo & Tuunainen 1996, 449; Toivola 2004, 330-332.)

Tätä **jatkuvaa onnistumisen halua** pidetäänkin työperäisen uupumuksen alkusysäyksenä. Vähitellen kyvyttömyys saavuttaa tavoitteitaan alkaa ilmetä turhautumisena, kontrollin menettämisen tunteena ja yliyrittämisenä, joka johtaa väsähtämiseen. Myötätunnosta uupuneen hoitajan ajatusmaailmaa hallitsevat potilaiden tarinat ja mieli täyttyy ammatillisista pohdinnoista. Hän **ei luota omaan osaamiseensa** eikä arvosta ammattitaitoaan. Myötätuntuupumukselle altistaa pitkäaikainen yhteys henkisesti kuormittaviin tilanteisiin ja asioihin työympäristössä. Tästä voi olla seurauksena potilastilanteissa ilmenevä yliherkistyminen tai emotionaalinen turtuminen. Hoitaja saattaa myös ohjata keskustelua suuntaan, joka on hänelle vähemmän ahdistava, esimerkiksi pois potilaan ongelmista. Tavallista on, että myötätuntuupumus ilmenee hoitajassa **välinpitämättömyytenä** ja ”mikään ei tunnu miltään”-asenteena. Hoitaja saattaa kokea itsensä ulkopuoliseksi ja vetäytyy työpaikan sosiaalisista kontakteista. (Mattila 2010, 96; Nissinen 2009, 55, 206, 248; Toivola 2004, 330-332.)

Myötätuntuupumukseen liittyvät läheisesti kaksi käsitettä: **sekundäärinen post-traumaattinen stressi** ja **burnout**. Hoitajan työssään näkemä inhimillinen kärsimys ja hoidettavan hätä voivat saada hoitajassa aikaan vahvojakin tunnereaktioita. Onkin täysin inhimillistä tuntea ahdistusta ja avuttomuutta traumaattisissa potilastilanteissa. Jotkut näkevät unia tai painajaisia hoitotilanteista ja **painostavat mielikuvat** seuraavat hoitajaa vapaa-ajallekin. Ajatuksiin saattaa esimerkiksi tiettyjen tilanteiden tai paikkojen vaikutuksesta nousta esiin mielikuvia potilastapauksista. Jos tämä tilanne kestää pitkään ja painostavat mielikuvat ikään kuin ”jäävät päälle” voidaan puhua post traumaattisesta stressireaktiosta. Burnout on psykofyysinen väsymystila, joka on seurausta liian kuormittavasta työympäristöstä. Hoitajan on vaikea asennoitua elämäänsä optimistisesti ja hänestä voi tuntua, että elämä on muuttunut selittämättömällä tavalla ”harmaaksi”. Tuntuu, että kaikki voimat kuluvat johonkin silloinkin, kun ei oikeastaan tee mitään. (Lindqvist 1990, 124; Nissinen 2009, 12, 101-105, 176, 213.)

On hyvin tavallista, että myötätuntouupumus koetaan myös **somaattisina oireina**. Kun alitajunnassa olevia tunteita ei tiedosteta eikä niiden anneta purkautua, keho alkaa oireilla. Hoitaja voi tuntea selkäkipua, koska hän kantaa ikään kuin ”näkömätöntä taakkaa” hartioillaan. Työperäisestä stressistä on ehkä aluksi helpointa puhua vain fyysisinä oireina: vatsa reistailee ja niveliä särkee, on sydämentykytyksiä, päänsärkyä tai lihasjäykkyyttä. Jotta voidaan ymmärtää ihmistä kokonaisuutena, tulisi **fyysiset ja psyykkiset reaktiot** pystyä yhdistämään toisiinsa ja nähdä uupumuksen kokonaiskuva. Usein työntekijän perhe tai läheiset näkevät ensimmäisenä uupumisen ja loppuunpalamisen merkit kuten väsymyksen, pahantuulisuuden ja levottomuuden sekä ongelmat ihmissuhteissa niin työpaikalla kuin kotonakin. Muutos saattaa tapahtua niin, ettei uupunut itse edes huomaa sitä. (Lindqvist 1990 124, 133; Nissinen 2009 175, 232.)

5.2 Myötätuntouupumuksen ennaltaehkäisy

Myötätuntouupumus on käsitteenä vielä melko uusi, vaikka lähes kaikilla auttajilla on siitä kokemusta. Myötätuntouupumukselle altistavia tekijöitä voimme löytää niin yhteiskunnasta ja työkuulttuurista, kuin myös työntekijöiden keskinäisistä vuorovaikutussuhteista työpaikalla. Hoitajat tekevät työtä persoonansa kautta ja on hyvin yksilöllistä, miten psyykkisesti kuormittava työympäristö vaikuttaa hoitajaan. Tämän vuoksi myös emotionaalisen uupumisen ehkäisyn tulisi olla yksilöllistä huomioiden hoitajien erilaiset työssä jaksamisen lähtökohdat. Organisaation taholta olisikin tärkeää myöntää ongelman olemassaolo ja tarjota työntekijöille lisää tietoa myötätuntouupumuksesta. Hoitajien puolestaan olisi hyvä tarkastella omia työtapojaan ja löytää sieltä työssä jaksamista edesauttavat ja kuormittavat seikat. Myötätuntouupumuksen ehkäisy voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: tiedostaminen ja tunnistaminen, tasapaino sekä yhteys muihin ihmisiin ja elämää kannatteleviin tekijöihin. (Nissinen 2009, 184-188.)

5.2.1 Tiedostaminen ja tunnistaminen

Hoito- ja auttamistyötä tekevien myötätuntouupumuksen riski **on tunnustettava** yhteiskunnassa luonnolliseksi osaksi auttamistyötä. Asian vähättely tai uupumisen arvostelu ammatillisuuteen kuulumattomana asiana vähentää merkittävästi ennaltaehkäisevien toimenpiteiden arvostusta. Kun myötätuntouupumuksesta voidaan puhua avoimesti hyväksyvässä ilmapiirissä, edistää se myös hoitajan ammatillista ja henkilökohtaista hyvinvointia. Työnantajien tulisi tarjota henkilöstölleen pitkäaikaisia tukitoimia uupumisen ehkäisemiseksi ja osoittaa näin ymmärtävänsä työn emotionaalisen kuormittavuuden. Kun koko työyhteisö on motivoitunut ehkäisemään myötätuntouupumusta ja edistämään työhyvinvointia, on myös mahdollista saavuttaa näkyviä tuloksia. (Nissinen 2009, 186-187.)

Hoitajien olisi hyvä opetella kuuntelemaan itseään ja tiedostamaan omat henkilökohtaiset tarpeensa. Myötätuntouupumus voi uhata ihmisen psyykkisiä perustarpeita, kuten turvallisuudentunnetta, luottamusta, kunnioitusta ja kykyä läheisyyteen. Omat **heikkoutensa ja voimavaransa tunnistamalla** hoitaja on vahvempi kohtaamaan erilaisia haasteita ja huolehtimaan omasta jaksamisestaan. Vuorovaikutustilanteissa hoitajan olisi joskus syytä pysähtyä miettimään, millaiset potilastilanteet antavat positiivista energiaa ja mitkä taas tuntuvat ongelmallisilta. Tällaisen itsetutkiskelun kautta hoitaja voi tulla tietoiseksi omista vahvuuksistaan ja heikkouksistaan sekä mahdollisuuksista kehittää itseään ja työssä jaksamistaan. (Nissinen 2009, 197, 208; Salo & Tuunainen 1996, 450.) Hoitajien tulisi kiinnittää huomiota myös oman kehonsa viesteihin. Psyykkinen ja fyysinen kokemusmaailma ovat yhteydessä toisiinsa ja osa hoitajista reagoi emotionaaliseen stressiin voimakkaasti kehollaan. On tärkeää pyrkiä ymmärtämään, mitä oman kehon viestit kertovat. (Nissinen 2009, 204-205.)

Hoitajan olisi monesti tarpeellista myöntää itselleen, että omat suoritusvaatimukset potilastyössä saattavat kasvaa liian suuriksi. Oman **rajallisuuden hyväksyminen** ammattilaisena on merkki vahvasta itsetunnosta. On rohkeutta uskaltaa myöntää itselleen, että auttajakin voi väsyä, olla avuton ja haavoittua joskus syvästi. Omat tunteensa tiedostaessaan ja hyväksyessään auttaja viestittää myös hoidettavalleen, että

elämän vaikeuksiin voi suhtautua avoimesti ja hyväksyvästi. (Lindqvist 1990, 25; Nissinen 2009, 181, 195; Salo & Tuunainen 1996, 450.)

Hoitoalalla on tarjolla monenlaisia työpaikkoja, potilasryhmiä ja työtehtäviä. Työtehtävät ovat eri hoitoympäristöissä luonteeltaan erilaisia. On työpaikkoja, joissa tarvitaan nopeaa päätöksentekoa ja ripeyttä, kun taas toisissa tehtävissä arvostetaan enemmän pitkäjänteisyyttä ja huolellista pohdintaa ennen työn aloittamista. Tärkeintä kuitenkin on, että **työn luonne sopisi tekijälleen**. Luonteeltaan tai arvomaailmaltaan sopimaton työ antaa vain heikosti positiivisia kokemuksia, mutta kuluttaa paljon työntekijän voimavaroja. Omalta tuntuva, hoitajan temperamenttiin ja eettisiin arvoihin sopiva työympäristö tarjoaa työniloa ja auttaa jaksamaan työssä. Hoitajan tulisi osata kuunnella itseään ja myöntää totuus, mikäli työtempo tai työpaikan arvomaailma ovat omien sisäisten käsitysten vastaisia. Jos hoitaja toimii pitkään työssä, joka sopii vain heikosti hänen luonteelleen, menettää hän vähitellen työnilonsa ja itsekunnioituksensa. (Lindqvist 1990, 60; Mattila 2010, 97-98.)

5.2.2 Tasapaino

Tasapaino voidaan nähdä sekä työntekijän sisäisenä mielenrauhana että työn ja vapaa-ajan, toiminnan ja levon, sopusointuisena vaihteluna. Työntekijän olisi tarpeellista muistuttaa itseään omista voimavaroistaan ja jaksamisestaan sekä annettava arvoa myös levolle ja vapaa-ajalle. (Nissinen 2009, 187.) **Hyvä itsetunto** ja hoitajan sisäinen mielenrauha tukevat ja tasapainottavat hektisen työympäristön keskellä antaen varmuutta myös omaan päätöksentekoon. Hyvän itsetunnon omaava hoitaja ymmärtää myös, ettei kaikkia pyyntöjä voi aina täyttää, eikä joka hetki ole mahdollista toimia kaikkien mieliksi. Hän arvostaa omaa jaksamistaan työpaineiden keskellä ja tunnistaa omat rajansa. (Mattila 2010, 94.) Koulutus auttaa ammatillisten rajojen hahmottamisessa ja suojaa työntekijää uupumukselta. Kouluttautumalla työntekijä saa tietoa erilaisista näkökulmista ja kykenee tarkastelemaan asioita eri puolilta. Oikeanlainen ammattiylpeys on työntekijälle itsearvostuksen lähde ja suojia työn emotionaalista kuormitusta vastaan. Hyvät välit kollegoihin, vahva itsetunto, työhön paneutuminen sekä ammatillinen koulutus tukevat hoitotyön ammattilaisen työssä jaksamista. (Lindqvist 1990, 56; Mattila 2010, 95.)

Tasapainon saavuttamiseksi hoitajien tulisi oppia näkemään työssä kohtaamansa epäinhimillisyyden lisäksi myös työn **iloa ja tyydytystä** tuottava puoli. Raskaatkin tilanteet voidaan nähdä mielekkäinä, jos ne lisäävät hoitajan ymmärrystä ihmiselämää kohtaan. Tämä ei kuitenkaan aina ole helppoa ja yksiselitteistä. Jos hoitajan persoonana on vahvasti läsnä potilastilanteissa, tulee hän eräällä tapaa ”ihottomaksi” ja on hyvin altis imeytymään syvälle potilaan tarinaan. Persoonan käyttäminen ja tuominen esiin avoimesti hoitotilanteissa mahdollistaa empaattisen vuorovaikutuksen hoitajan ja potilaan välillä. Oman persoonan voimakas käyttö myös kuormittaa hoitajaa. Oman jaksamisensa tukemiseksi ja myötätuntouupumisen ehkäisemiseksi on hyvin tärkeää, että hoitaja myös tietoisesti palaa takaisin **ammattilaisen rooliinsa**. On hyvä oppia ammattilaisen roolin ja persoonan käytön rytmittäminen, sillä parhaimmillaan ne myös tukevat toisiaan. (Lindqvist 1990, 75, 77-78; Nissinen 2009, 182, 191.)

Potilaan tai asiakkaan elämäntilanne puhuttelee hoitajaa, joka joutuu useasti nöyrytmään elämän ehdottomuuden edessä. Tuskin kukaan hoitaja voi välttyä siltä, että työn kautta jotakin ihmiselämän haavoittuvuudesta siirtyy myös omaan tietoisuuteen. Sen ymmärtäminen, ettei ole aina ennalta tiedettävissä tai itse valittavissa minkälaista kipua tai sairautta voi joutua elämän aikana kantamaan, kuormittaa hoitotyön ammattilaista. (Lindqvist 1990, 98; Mattila 2010, 137-138.) Lindqvist tiivistää kirjassaan *Auttajan varjo* (1990, 118-119) tasapainon käsitteen seuraavasti:

”Kyllä ihmisten auttajatkin saavat olla pelkääviä, tukkoisia, mörköjä näkeviä ja omaa varjoaan pakenevia. Niin kaikki muutkin ovat.”

”He eivät ehkä pysty sinänsä muuttamaan paljoakaan näkemästään, mutta he voivat opetella yhtä asiaa, joka on tärkein kaikista: omien ongelmiansa erottamista asiakkaittensa ongelmista.”

5.2.3 Yhteys muihin ihmisiin ja elämää kannatteleviin tekijöihin

Emotionaalisesti kuormittavassa työympäristössä on työntekijän ihmissuhteilla ja **sosiaalisella tukiverkostolla** suuri merkitys. Hyvät välit läheisiin ihmisiin voimistavat työssä jaksamisen tunnetta ja positiiviset vuorovaikutustilanteet vahvistavat itsetuntoa sekä oikovat vääristynyttä maailmankuvaa. Tämä on tärkeää myös työpaikoilla, sillä **hyvä työilmapiiri** ennaltaehkäisee työuupumusta. Uupunut työntekijä tyypil-

lisesti eristäytyy omiin oloihinsa ja vähentää sosiaalisia kontakteja. Tähän olisi tärkeää kiinnittää huomiota ja pyrkiä puuttumaan tilanteeseen mahdollisimman varhain, jottei hoitaja eristäydy liiaksi muista ja kasvata näin omaa sisäistä ahdistustaan. (Nissinen 2009, 187-188.)

Auttamistyön psyykkisestä kuormittavuudesta ei ole aina helppoa puhua, vaikka juuri keskusteleminen olisi monille paras keino ennaltaehkäistä uupumusta. Omien kokemustensa ja tunteidensa hyväksyminen vahvistaa auttajan työhyvinvointia. Jos omaan ajatusmaailmaan tai uniin palaa toistuvasti mielikuvia ahdistaviksi koetuista potilastilanteista, voi näitä tuntemuksia ottaa puheeksi myös työpaikalla. On hyvin tavallista, että muillakin työyhteisön jäsenillä on samantapaisia kokemuksia potilastarinoiden seuraamisesta mukana vapaa-ajalle. Kokemuksia jaettaessa olotila helpottuu, kun huomaa omien tuntemustensa olevan osa normaalia työnkuvaa. (Nissinen 2009, 176, 181.) Myötätuntouupumisen ennaltaehkäisyssä on tärkeää, että auttajat ymmärtävät olevansa keskenään ikään kuin kohtalotovereita, jotka voivat tarjota toisilleen vertaistukea aina tarvittaessa. Hoitajien työympäristössä on sellaisia piirteitä ja tilanteita, joita ei välttämättä kukaan muu voi ymmärtää samalla tavoin kuin toinen hoitaja. Tämän vuoksi työyhteisössä tulisi arvostaa myös epävirallisia keskusteluja ja kahvipöydän ääressä tarjottavaa vertaistukea työuupumuksen ennaltaehkäisyn keinona. (Lindqvist 1990, 197-198; Nissinen 2009, 208.)

Työtilanteissa syntynyttä ammatillista uupumusta voi helpottaa myös harrastusten avulla. Kaikki sellainen vapaa-ajan toiminta, joka auttaa irtautumaan työasioista tai kyseenalaistaa työssä syntyneitä negatiivisia mielikuvia, ehkäisee uupumista. Liikunta, luovat harrastukset ja luonnossa liikkuminen voivat tarjota olosuhteet, joissa mieli lepää. Joillekin hengellisyys ja uskonnollinen toiminta ovat kenties tärkeitä elämää kannattelevia tekijöitä. Esimerkiksi kuvataide, musiikki tai kirjallisuus voivat taas toisille tarjota sisäistä mielenrauhaa ja vahvistaa omia voimavaroja. Huumori rentouttaa ja vähentää stressiä emotionaalisesti raskaassa työympäristössä. **Iloisuus ja positiivisuus** murtavat arjen harmautta. Arkisissa tilanteista syntyvä huumori onkin hoitajien keskuudessa yleinen tapa edesauttaa työssä jaksamista. (Nissinen 2009, 199, 201, 205, 234.)

5.3 Myötätuntouupumuksen hoito

Hoitoalalla työskentelevien on usein vaikeaa myöntää omaa uupumustaan ja hoitoon hakeutumisen tarvetta. Vaikka he hoitavatkin päivittäin muita apua tarvitsevia, omalle avun ja tuen tarpeelle ollaan helposti sokeita. Tavallista onkin, että muut ihmiset ovat armeliaampia ja ymmärtäväisempiä hoitajan uupumukselle kuin hoitaja itse. Hoitajan tulisi muistaa, että emotionaalisesti raskaassa työssä myötätuntouupumus on joskus ihmiskehon normaali reaktio siihen elämän julmuuteen ja ihmisten hätään, jota hoitajat työssään joutuvat kohtaamaan. Jokainen väsyy joskus, se on ihmiselämään kuuluva luonnollinen ilmiö. Myötätuntouupumuksen hoidossa tärkeää on ennakointi, varhainen havaitseminen ja asianmukainen hoito. Hoidon tulisi koostua samoista teemoista kuin työuupumuksen hoidon; työnohjaus ja koulutus ovat tässä tärkeässä asemassa. Tarvittaessa uupumusta voidaan hoitaa lääkkeillä sekä terapialla. Vertaistuellla saattaa olla korvaamaton merkitys uupuneelle hoitajalle. Nopea asioihin puuttuminen esimerkiksi työterveyshuollon kautta parantaa hoidon ennustetta sekä vähentää hoidettavan kärsimystä. Hoitotyössä on myös potilaiden etu, että hoitaja on tietoinen uupumuksen riskeistä ja motivoitunut huolehtimaan omasta psyykkisestä hyvinvoinnistaan sekä valmis ottamaan apua vastaan tarvittaessa. (Lindqvist 1990, 134-136, 175; Nissinen 2009, 185; Toivola 2004, 330-332.)

5.4 Myötätuntotyytyväisyys

Hoitotyön tulisi johtaa myötätuntouupumuksen sijasta pääasiallisesti myötätuntotyytyväisyyteen. Sitä pidetään auttajantyön positiivisena puolena, joka ilmenee hoitajan **kykynä tuntea iloa ja mielihyvää** onnistuneen työsuorituksen jälkeen. Hoitaja on motivoitunut työhönsä eikä lannistu vastoinkäymisten edessä, vaan uskoo mahdollisuksiinsa löytää ongelmille ratkaisun. Hän iloitsee siitä, että voi työssään auttaa ihmisiä ja on halukas kohtaamaan uusia haasteita. Hän tuntee **ammattiylpeyttä** ja kokee työnsä merkitykselliseksi yhteiskunnassa. Myötätuntotyytyväisyyttä lisäävät mahdollisuus vaikuttaa asioihin työpaikalla sekä hyvät välit kollegoiden kanssa. Myötätuntotyytyväisyyden kokeminen näkyy hoitajassa niin työpaikalla kuin sen ulkopuolellakin. Ilon, huumorin ja onnistuneesta työstä saadun tyydytyksen tulisi olla

teemoja, joita sekä hoitaja itse että koko työyhteisö haluavat vaalia. (Nissinen 2009, 81, 234, 247; www.proqol.org)

6 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖUUPUMUKSESTA

Sosiaali- ja terveysalan työoloja sekä henkilöstön hyvinvointia (Laine ym. 2011) on selvitetty valtakunnallisella tutkimuksella jo useina vuosina. Tutkimusta varten on poimittu Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä 5000 henkilöä. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että alan tehtäviin liittyy vastaajien mielestä runsaasti myönteisiä piirteitä. Suorassa asiakas- tai potilaskontaktissa työskentelevät kokivat työssään usein iloa ja mielihyvää, mutta myös riittämättömyyden tunteita. Työ tarjoaa myös onnistumisen kokemuksia. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät arvostavat omaa ammattiaan suuresti, mutta yhteiskunnan taholta saatava arvostus koettiin vähäiseksi. Henkisen hyvinvointinsa suurin osa vastaajista koki hyväksi, vaikka työstressiä esiintyikin sosiaali- ja terveysalalla hieman muita ammattialoja enemmän. Johtamisen sosiaali- ja terveysalalla koki oikeudenmukaiseksi noin puolet vastaajista. Samoin työn ja muun elämän yhteensovittamisen koki toteutuvan hyvin reilu puolet vastaajista. Työilmapiiri ja työn sisältö nousivat tärkeimmiksi tekijöiksi vastaajien arvioi-
dessa työpaikkaan sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät pitivät työtään fyysisesti kuormittavana erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa. Suurimpina haasteina alalla pidettiin työn vastuullisuutta, asiakkaiden moniongelmaisuutta ja väkivallan uhkaa. Joka kymmenes kyselyyn vastanneista ilmoitti asiakkaiden väkivaltaisuuden huolestuttavan joko usein tai jatkuvasti. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön koettiin puutteellisiksi ja kehityskeskusteluihin suhtauduttiin sosiaali- ja terveysalalla aiempaa kriittisemmin. Eettisistä ongelmista vaikeimpina koettiin tilanteet, joissa työn-
tekijä joutui priorisoimaan asiakkaita, karsimaan palveluita tai puuttumaan epäeettiseen toimintaan työpaikalla. Erityisesti vammaishuollossa ja vanhustenhoidossa työntekijät kokivat, etteivät voi aina toimia eettisesti oikein työpaikan rajallisten resurssien vuoksi. (Laine ym. 2011.)

Honkalampi, Koivu, Savolainen & Viinamäki (2004) vertailivat sairaanhoitajien ja lääkäreiden työn vaatimustekijöitä ja työuupumusta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistui 99 lääkäriä ja 595 sairaanhoitajaa, joiden tuli arvioida oman työnsä psyykkisiä ja sosiaalisia vaatimuksia. Tutkimustuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajista 42%:lla ja lääkäreistä 36%:lla ilmeni vähintään lievää työuupumusta. Työuupumuksen osatekijöitä tarkasteltaessa tutkimusryhmä havaitsi, että ammatillisen itsetunnon heikkeneminen oli yleisempää sairaanhoitajilla kuin lääkäreillä. Useammalla kuin joka toisella sairaanhoitajalla ammatillinen itsetunto oli ainakin jonkin verran heikentynyt. Kyynistä suhdetta työhön sekä väsymystä koettiin yhtä paljon lääkäreiden ja sairaanhoitajien keskuudessa. Naislääkärit raportoivat tutkimuksessa mieslääkäreitä useammin voimakkaasta väsymyksestä, mutta sairaanhoitajien kohdalla tällaista sukupuolieroja ei havaittu. Tutkimuksen mukaan runsaat vaatimukset työssä ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet työpaikan päätöksentekoon altistivat sekä lääkäreitä että sairaanhoitajia työuupumukselle. Sairaanhoitajien työuupumuksen taustalta löytyivät myös ongelmat työn hallinnassa ja huono ennustettavuus työasioissa. Tutkimusryhmä suosittelee, että laadukkaan terveysalan työn turvaamiseksi tulisi parantaa työntekijöiden henkistä jaksamista, lisätä työn ennustettavuutta ja ehkäistä ammatillisen itsetunnon heikkenemistä.

Suonsivu (2003) tutki väitöskirjassaan hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemuksia ja niiden yhteyttä työyhteisötekijöihin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa lisää tietoa niistä työyhteisötekijöistä, joilla on yhteyttä hoitohenkilöstön masennukseen. Tutkimus kohdistui viiteen eri sairaalaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja tutkimuksessa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen kohteena olleista hoitajista masentuneeksi itsensä koki melko suuri osa eli 21,6% vastanneista. Uupuneeksi tunsivat itsensä 54,1% vastaajista. Sekä psykiatrisessa hoitotyössä että somaattisella puolella todettiin hoitajien kärsivän masennuksesta yhtä paljon. Masentuneet hoitotyöntekijät kertoivat elämänilon ja toimeliaisuuden puuttuvan elämästään ja he kokivat työntekonsa muuttuneen ”konemaiseksi”. Masentuneista monet kokivat, että työ on menettänyt tarkoituksensa, eivätkä he enää kykene toimimaan ammatillisesti. He eristäytyivät työpaikan sosiaalisista suhteista tai ajautuivat konflikteihin työtovereiden kanssa. Hoitajilla oli myös vaikeuksia tunnistaa masennustaan. He kokivat, että terveydenhuollon ammattilaiselle oman masennuksen hy-

väksyminen ja siitä puhuminen olivat vaikeita asioita ja masennukseen sairastuminen aiheutti häpeän tunteen. Hoitajille siirtyminen avun tarjoajasta avun pyytäjäksi oli vaikeaa. Masennusta ei haluttu näyttää työtovereille eikä varsinkaan esimiehille.

Nuikka (2002) tutki väitöskirjassaan sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa. Sairaanhoitajien fyysistä ja psyykkistä kuormittumista tutkittiin tähän tarkoitukseen laadituilla mittareilla tavoitteena selvittää yksilöllisten ominaisuuksien vaikutusta työssä jaksamiseen. Tutkimus toteutettiin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja siihen osallistui 43 sairaanhoitajaa, jotka olivat 24-45 -vuotiaita. Psyykkisesti kuormittaviksi hoitotilanteiksi koettiin erityisesti kuolevan potilaan hoitaminen sekä surun ja kärsimyksen kohtaaminen hoitotyössä. Myös sellaiset hoitotilanteet, joihin liittyi epävarmuus omasta osaamisesta, koettiin kuormittavina. Psyykkistä kuormitusta aiheuttivat lisäksi hoitotilanteet, joissa hoitajan näkemys asiasta poikkesi potilaan tai hänen omaisensa näkökannasta. Kiire kuormitti sairaanhoitajia ja vastaajat kertoivat työasioiden pyörivän mielessä vielä työvuoron jälkeenkin. Vaikeat ja ahdistavat hoitotilanteet purkautuivat ajoittain myös fyysisinä oireina kuten väsymyksenä, päänsärkynä ja niska-hartiavaivoina. Kuitenkin sairaanhoitajat kertoivat, että vaikeiden ja raskaidenkin työtilanteiden jälkeen voi huomata oppineensa uusia asioita elämästä ja ihmisten kohtaamisesta. Kokemuksen kautta opitaan empaattisen kanssakäymisen taitoja ja uskallusta olla oma itsensä vaikeissakin hoitotilanteissa.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus on melko tyypillinen tutkimusmenetelmä sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Sille on keskeistä aineiston keruu tavalla, jolla tutkimuksen tulokset voidaan esittää määrällisinä eli havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 136.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan työhyvinvointia myötätuntotyytyväisyyteen ja myötätuntouupumukseen liittyvillä kysymyksillä. Tutkimusmenetelmä on kvantita-

tiivinen ja sen kohderyhmänä ovat Satakunnan keskussairaalan hematologisen vuodeosaston ja syöpätautien poliklinikan hoitotyötä tekevät henkilöt.

Kohdejoukosta voidaan kerätä tutkimustietoa monella tavalla, esimerkiksi kyselylomakkeiden avulla. Kysely on menetelmänä tehokas ja sillä voidaan kerätä tietoa laajastakin tutkimusjoukosta. Kyselytutkimuksen aikataulu ja kustannukset voidaan myös arvioida etukäteen melko tarkasti. Kuitenkin hyvän kyselylomakkeen laatiminen vaatii aikaa ja riittävästi pohjatyöskentelyä. (Hirsjärvi ym. 2008, 188, 190.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston keräämiseen käytetään strukturoitua kyselylomaketta, joka sisältää myös yhden avoimen kysymyksen. Tämän yhden kysymyksen osalta tutkimus on siis kvalitatiivinen eli laadullinen.

Hoitohenkilökunnan myötätuntouupumusta ja myötätuntotyytyväisyyttä mitattiin Professional Quality of Life-järjestön luomalla Ammatillisella elämänlaatuasteikolla (Liite 2). Mittari on löydettävissä Professional Quality of Life-järjestön kotisivuilta. Siitä käytetään myös nimeä Myötätuntotyytyväisyys ja -uupumusmittari, sillä se koostuu 30 erilaisesta väittämästä, jotka mittaavat vastaajan myötätuntotyytyväisyyttä, post traumaattista stressiä ja burnout:ia. Alkuperäisen mittarin ovat laatineet yhdysvaltalaiset tutkijat pohjanaan 3000 ihmisen tietokanta. Sen on todistettu olevan pätevä mittari käytettäväksi myötätuntouupumuksen ja myötätuntotyytyväisyyden mittaamiseen. Sitä on käytetty jo viidentoista vuoden ajan ja se on käännetty useille kielille. Myötätuntotyytyväisyys ja -uupumustesti ei kuitenkaan ole lääketieteellinen eikä psykologinen testi, eikä sen pohjalta tule tehdä diagnooseja. (www.proqol.org)

7.2 Kohdejoukko

Opinnäytetyön tutkimusosuuden kohdejoukko koostuu noin kolmestakymmenestä perus- ja sairaanhoitajasta, jotka työskentelevät Satakunnan keskussairaalassa kahdessa eri yksikössä. Hematologinen osasto eli vuodeosasto A6 on erikoistunut hoitamaan erilaisia verisairauksia sairastavia potilaita. Osastolla on 16 potilaspaikkaa ja lisäksi osaston yhteydessä toimii hematologisten sairauksien poliklinikka. Suurimpia potilasryhmiä ovat lymfoomaa, leukemiaa tai myeloomaa sairastavat potilaat. Osastolla työskentelee 17 sairaanhoitajaa sekä yksi perushoitaja. Syöpätautien poliklinik-

ka toimii aikuisten syöpäpotilaiden lähete- ja ajanvarauspoliklinikkana. Poliklinikalla työskentelee tällä hetkellä 13 sairaanhoitajaa. Poliklinikan toiminta koostuu uusien syöpäpotilaiden konsultaatioista, syöpäpotilaiden hoidon suunnittelusta ja neuvonnasta sekä polikliinisten solunsalpaajahoitojen tai muiden syövän lääkehoitojen toteuttamisesta. Syöpätautien poliklinikan kanssa yhteistyössä toimii myös sädehoitoyksikkö, jossa potilaat saavat yksilöllisesti määriteltyä sädehoitoa. Sädehoitoyksiköllä on oma henkilökunta, muun muassa röntgenhoitajia. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut.)

7.3 Aikataulu

Joulukuu 2010 - tammikuu 2011

- yhteistyökumppanin löytäminen
- aiheeseen perehtyminen ja kirjallisuuteen tutustuminen

Helmi-maaliskuu 2011

- yhteistyösopimuksen allekirjoitus
- aikaisempiin tutkimuksiin perehtyminen
- tutkimussuunnitelman kirjoittaminen ja mittarin laatiminen
- teoriaosuuden kirjoittaminen

Huhtikuu 2011

- kyselyn suorittaminen
- tulosten analysointi

Toukokuu 2011

- opinnäytetyön kirjoittaminen lopulliseen muotoonsa ja raportointi

7.4 Aineiston keruu ja analysointi

Aineisto kerättiin kyselykaavakkeiden avulla Satakunnan keskussairaalan vuodeosastolta A6 ja syöpätautien poliklinikalta. Tutkimukseen saivat ottaa osaa kaikki kyseisessä yksikössä potilaiden hoitotyöhön osallistuvat henkilöt. Vastausaikaa molem-

milla yksiköillä oli kaksi viikkoa ja täytetyt lomakkeet ohjattiin palauttamaan osastolla olevaan vastauslaatikkoon. Laatikko oli suljettu niin, ettei kenelläkään ollut mahdollisuutta nähdä toisten vastauksia tai päästä käsiksi vastauslomakkeisiin. Lisäksi kyselylomakkeen mukana olevassa saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja mainittiin, että tutkimuksen tulokset käsitellään siten, etteivät yksittäisen henkilön vastaukset paljastu. Määräaikaan mennessä palautui vastauslaatikkoon osastolta A6 15 kyselylomaketta ja syöpätautien poliklinikalta 10 kyselylomaketta. Syöpätautien poliklinikalta lähetettiin vielä seuraavalla viikolla postitse kaksi täytettyä kyselylomaketta, joita vastaajat eivät olleet ehtineet palauttaa vastauslaatikkoon. Nämä kaksi kyselyä hyväksyttiin myös mukaan tutkimukseen.

Palautetut kyselylomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroinnilla ja 30 väittämästä vastauksineen koottiin Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla havaintomatriisi. Tixel-ohjelman avulla tutkimustuloksia analysoitiin ja laadittiin tutkimustulosten esittämistä helpottavia kaavioita ja taulukoita. Kysymys numero 31. oli avoin kysymys ja sen vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä. Havaintomatriisia laadittaessa kävi ilmi, että kolme vastaajaa oli jättänyt vastaamatta väittämään 15. Lisäksi yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta väittämään kaksi ja yksi oli jättänyt tyhjäksi väittämän 28. vastauskohdan. Eräs vastaaja ei ollut vastannut väittämään 17. Koska tutkimusaineisto oli pieni, ei näitä kyselylomakkeita haluttu kuitenkaan kokonaan hylätä, joten niistä saatava tieto käytettiin hyväksi siltä osin kuin se oli mahdollista.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

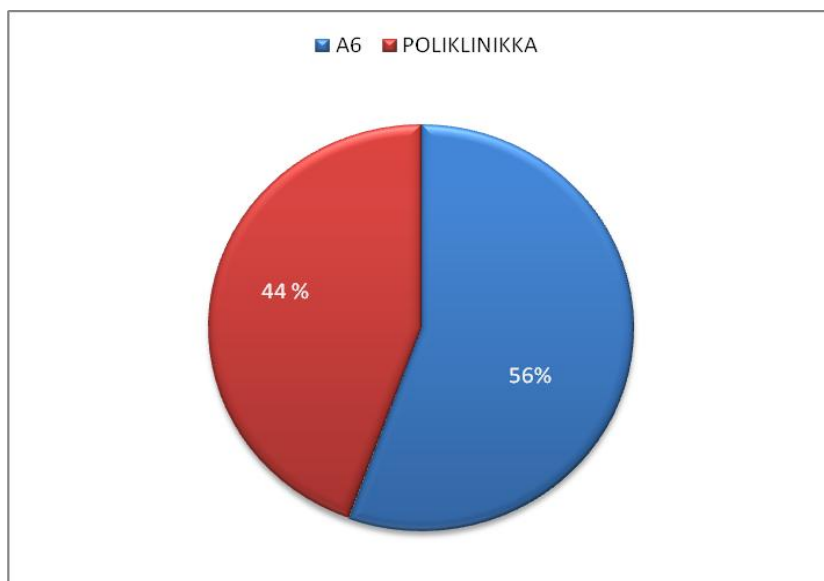
Tutkimuksen perusjoukko koostui Satakunnan keskussairaalan kahden yksikön, hematologisen vuodeosaston ja syöpätautien poliklinikan, henkilökunnasta. Otoksen kokoa oli vaikea arvioida, sillä sairaalassa työskentelee vakituisen henkilökunnan lisäksi sijaisia määräaikaissä työsuhteissa. Niinpä yksikön henkilökuntamäärä saattaa vaihdella eri aikoina esimerkiksi vuosilomista johtuen. Tiedossa oli kuitenkin, että hematologisella vuodeosastolla työskentelee 17 sairaanhoitajaa sekä yksi perushoitaja ja syöpätautien poliklinikalla 13 sairaanhoitajaa. Yksiköihin toimitettiin

lopulta kyselykaavakkeet seuraavasti: A6:lle eli hematologiselle osastolle 20 kyselykaavaketta ja syöpätautien poliklinikalle 15 kyselykaavaketta. Näin ollen otoksen koko oli yhteensä 35 (N). Osasto A6:lta vastasi kyselyyn 15 henkilöä eli vastausprosentti oli 75%. Syöpätautien poliklinikalta vastauksia saatiin yhteensä 12 eli vastausprosentti oli 80%. Koko tutkimusjoukon vastausprosentiksi muodostui 77% kun palautettuja kyselyitä oli siis kaikkiaan 27 (n).

8.1 Taustamuuttujat

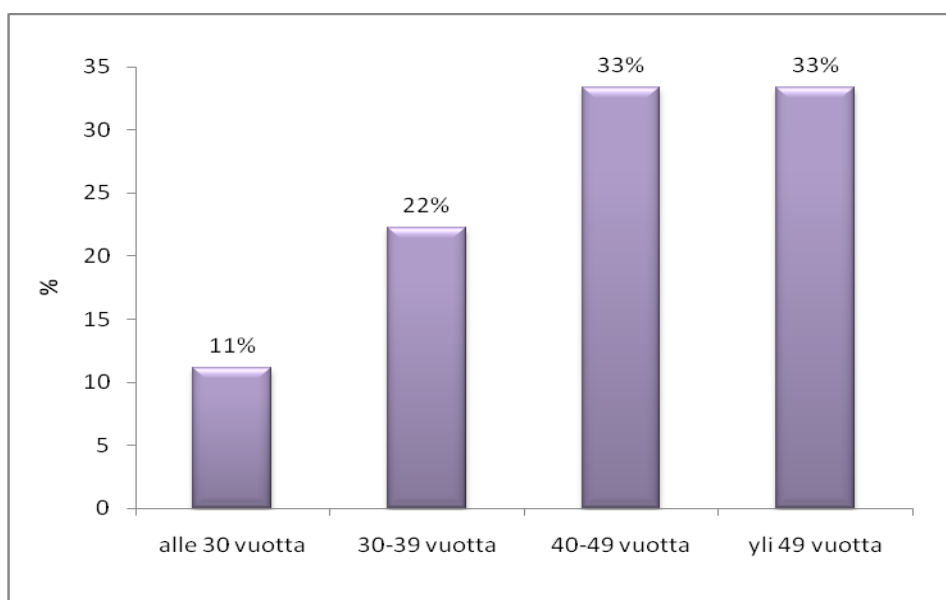
Taustamuuttujia tässä opinnäytetyössä olivat ikä, työkokemus hoitotyöstä ja työkokemus kyseisessä yksikössä (Liite 2). Lisäksi jokaiseen vastauskaavakkeeseen oli jo ennalta merkitty ylätunnisteeksi joko ”A6” tai ”poli” sen mukaan kumpaan yksiköön kyselylomakkeet oli viety. Näin myös vastaajan työyksiköstä muodostui taustamuuttujia. Ammattia tai sukupuolta ei tässä tutkimuksessa käytetty taustamuuttujina, sillä niillä ei katsottu olevan kovin suurta tilastollista merkitystä. Lisäksi oli huomioitava, että tutkimusjoukkoon kuului ennakkotietojen mukaan vain yksi perushoitaja, joten anonymiteetin kannalta ei ollut järkevää kysyä vastaajan ammattinimikettä.

Ensimmäisenä taustamuuttujana oli siis vastaajan työpaikka Satakunnan keskussairaалassa. Vastaajista 15 henkilöä eli 56% (n=27) työskenteli osasto A6:lla ja 44% eli 12 henkilöä syöpätautien poliklinikalla (Kuvio 1).



Kuvio 1. Työyksikkö Satakunnan keskussairaalassa (n=27).

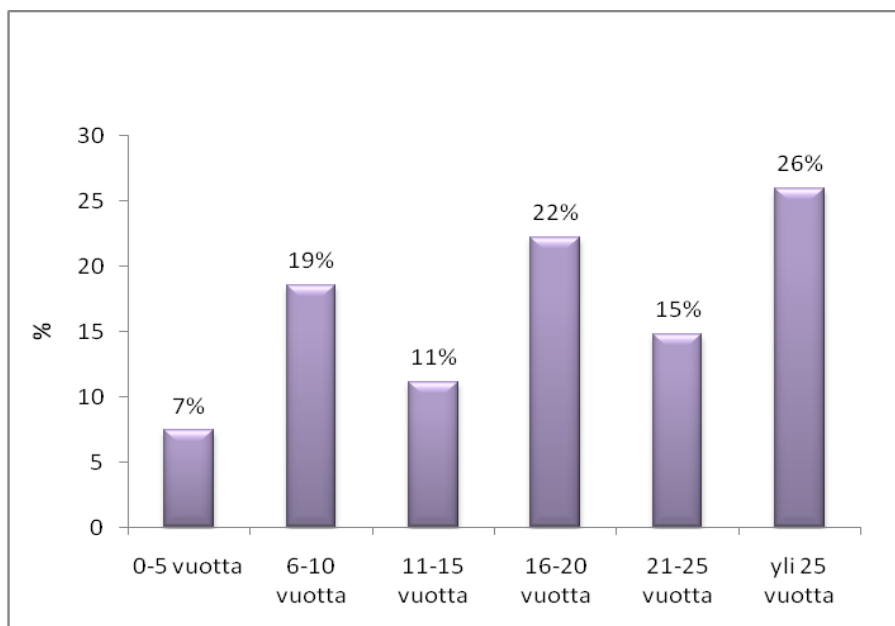
Taustamuuttujissa kysyttiin myös vastaajien ikää. Vaihtoehdot oli jaoteltu neljäksi ikäryhmäksi, jottei vastauksia pystyisi yksilöimään vastaajan iän perusteella. Vastaajista kolme eli 11% (n=27) oli alle 30-vuotiaita ja kuusi eli 22% oli 30-39-vuotiaita. Vastaajista kolmasosa eli 9 henkilöä oli 40-49-vuotiaita. Samoin kolmannes vastaajista ilmoitti olevansa yli 49-vuotiaita. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Ikäjakauma (n=27).

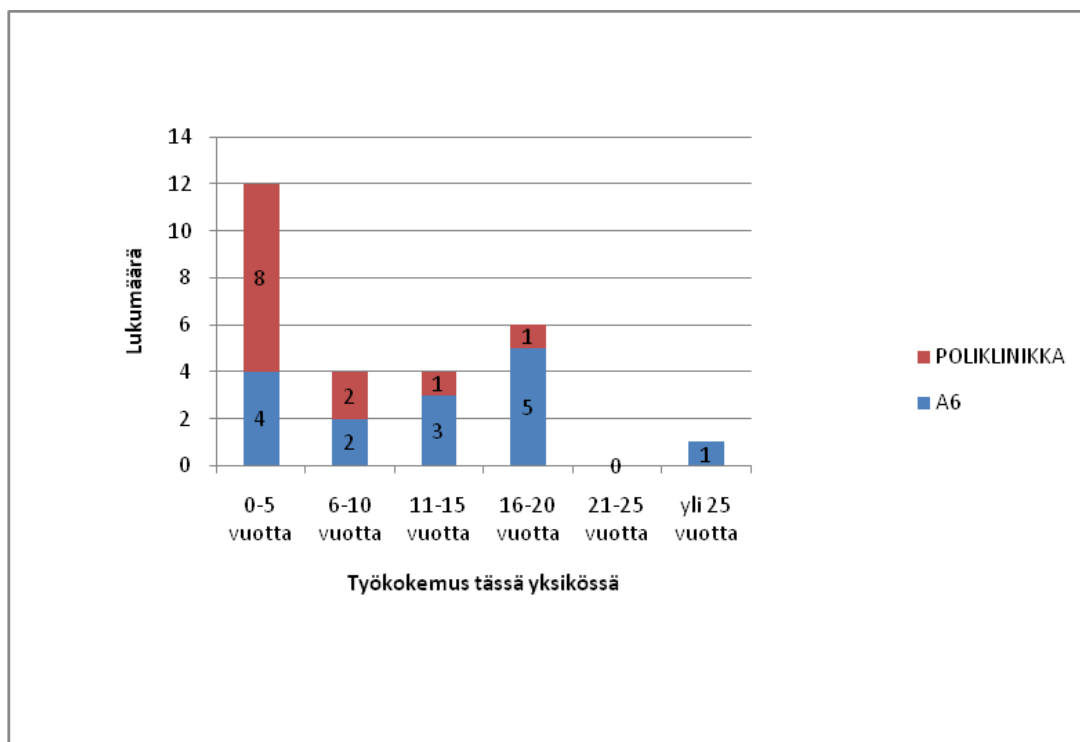
Vastaajien työkokemusta hoitoalalta tiedusteltiin lomakkeen toisessa kysymyksessä (Liite 2). Vastaajista kaksi eli 7% (n=27) kertoi omaavansa 0-5 vuotta työkokemusta

hoitotyössä. Työkokemusta hoitotyössä 6-10 vuotta oli viidellä vastaajalla eli 19%:lla. Vastaajista 11% eli kolme henkilöä ilmoitti työkokemuksekseen 11-15 vuotta ja 22% eli kuusi vastaajaa kertoi työkokemuksensa sijoittuvan 16-20 vuoden välille. Neljä vastaajaa eli 15% oli työskennellyt hoitoalalla 21-25 vuotta. Suurin osa, seitsemän henkilöä eli 26% vastaajista, oli ollut hoitoalalla töissä jo yli 25 vuotta. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Työkokemus hoitotyössä (n=27).

Viimeisenä taustamuuttujana kysyttiin vastaajien työkokemusta nykyisessä työyksikössään (Liite 2). Vastaajista osasto A6:lla oli työskennellyt 0-5 vuotta neljä henkilöä ja 6-10 vuotta kaksi henkilöä. Osastolla 11-15 vuotta oli työskennellyt kolme henkilöä ja 16-20 vuotta 5 henkilöä. Vastaajista yksi oli työskennellyt osasto A6:lla yli 25 vuotta. Syöpätautien poliklinikalla selvästi suurin osa eli 8 vastaajaa oli työskennellyt 0-5 vuotta. Kaksi vastaajaa oli ollut töissä poliklinikalla 6-10 vuotta ja yksi vastaaja 11-15 vuotta. Samoin yksi vastaaja ilmoitti olleensa poliklinikalla töissä 16-20 vuotta. Kukaan kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut olleensa töissä yksikössään 21-25 vuotta. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Työkokemus kyseisessä työyksiköissä (n=27).

8.2 Hoitohenkilökunnan myötätuntotyytyväisyys

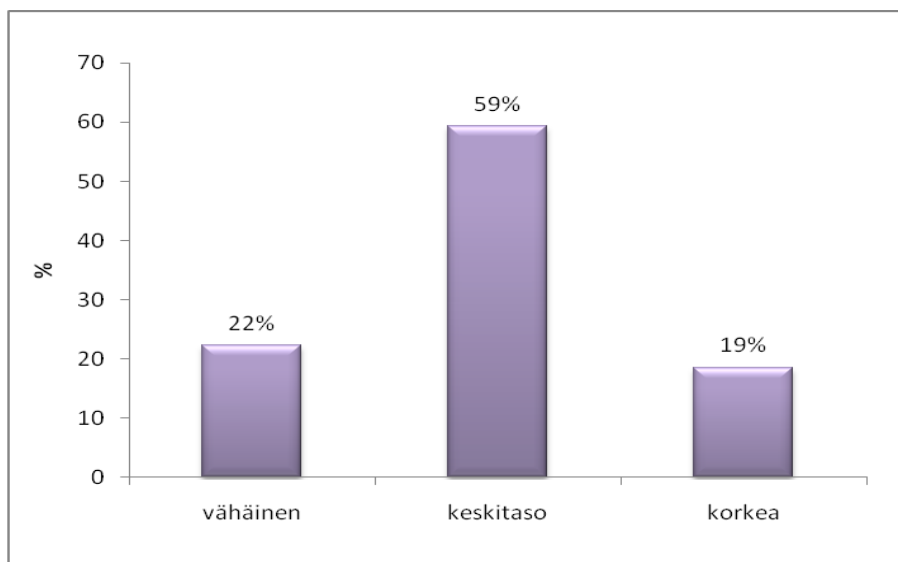
Tässä opinnäytetyössä käytettiin mittarina kansainvälistä Myötätuntotyytyväisyys ja -uupumustestiä (Liite 2). Testi koostuu 30 väittämästä, joihin vastataan asteikolla 0-5 sen mukaan, kuinka usein on kokenut kyseistä piirrettä viimeisen kuukauden aikana. Testi mittaa kolmea asiaa: myötätuntotyytyväisyyttä, post traumaattista stressiä ja burnout:ia. Jokaista osa-aluetta mitataan testissä kymmenellä eri väittämällä. Vastaukset eivät tienneet etukäteen mitä osa-aluetta kukin väittämä mittasi.

Myötätuntotyytyväisyyttä mitattiin testin väittämillä 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 ja 30. Seuraavassa taulukossa on esitetty kyseisiin väittämiin annetut vastaukset (Taulukko 1). Koska tutkimuksen otoskoko oli pieni, on taulukossa yhdistetty samaan sarakkeeseen kaksi vastausvaihtoehtoa, jotta vastauksia olisi helpompi tulkita. Taulukon ensimmäinen sarake muodostuu siis vaihtoehtoista ”ei koskaan” tai ”harvoin”, toinen sarake vaihtoehtoista ”joskus” tai ”melko usein” ja kolmas sarake vaihtoehtoista ”usein” tai ”erittäin usein”. Ruudun ylimmäinen luku kertoo vastaajien prosenttiosuuden ja alempana suluissa on vastaajien lukumäärä.

Taulukko 1. Hoitohenkilökunnan myötätuntotyytyväisyys.

	Ei koskaan <i>tai</i> Harvoin	Joskus <i>tai</i> Melko usein	Usein <i>tai</i> Erittäin usein
3. Koen tyytyväisyyttä siitä, että voin hoitaa ihmisiä.	0 % (0)	19 % (5)	82 % (22)
6. Tunnen itseni virkistyneeksi työskenneltyäni potilaiden kanssa.	11 % (3)	56 % (15)	33 % (9)
12. Pidän työstäni hoitajana.	0 % (0)	7 % (2)	93 % (25)
16. Olen tyytyväinen omiin ajan tasalla oleviin hoitotaitoihin.	4 % (1)	37 % (10)	59 % (16)
18. Työni saa minut tyytyväiseksi.	0 % (0)	33 % (9)	67 % (18)
20. Minulla on myönteisiä ajatuksia ja tunteita potilaista ja kyvyistäni auttaa heitä.	0 % (0)	37 % (10)	63 % (17)
22. Uskon, että voin vaikuttaa työni kautta.	4 % (1)	55 % (15)	41 % (11)
24. Olen ylpeä siitä, mitä voin tehdä auttaakseni.	0 % (0)	26 % (7)	74 % (20)
27. Ajattelen, että olen todella hyvä hoitaja.	7 % (2)	78 % (21)	15 % (4)
30. Olen onnellinen että valitsin tämän työn.	0 % (0)	30 % (8)	70 % (19)

Kyseisten väittämien vastaukset pisteytettiin ja pistemäärät laskettiin jokaisen vastaajan kohdalla yhteen. Saadut tulokset jaettiin ohjeistuksen mukaisesti kolmeen ryhmään (Liite 3): vähäinen myötätuntotyytyväisyys (alle 33 pistettä), keskitaso (33-42 pistettä) ja korkea myötätuntotyytyväisyys (yli 42 pistettä). Vastaajista kuusi eli 22% koki saavansa työstään vain vähän tyydytystä. Vastaajista 16 eli 59% sijoittui myötätuntotyytyväisyydessä keskitasolle. Vastaajista viisi eli 19% koki saavansa työstään runsaasti ammatillista tyytyväisyyttä. (Kuvio 5.) Vastausten keskiarvo oli 36,41 pistettä ja mediaani 38,0 pistettä. Alin pistemäärä oli 24 ja ylin 47 pistettä.



Kuvio 5. Myötätuntotyytyväisyyden taso.

Vastaajien myötätuntotyytyväisyydestä saadut pisteet ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin K2h-testillä. Taustamuuttujista työyksiköllä tai kokemuksella hoitotyöstä ei ollut tilastollista merkittävyyttä. Myötätuntotyytyväisyydellä ja vastaajan iällä näytti olevan pieni tilastollinen yhtäläisyys, jonka mukaan 40-49-vuotiaat saavat eniten tyydytystä tekemästään työstä. Otokoko on kuitenkin pieni, mikä heikentää ristiintaulukoinnin luotettavuutta.

8.3 Hoitohenkilökunnan post traumaattinen stressi

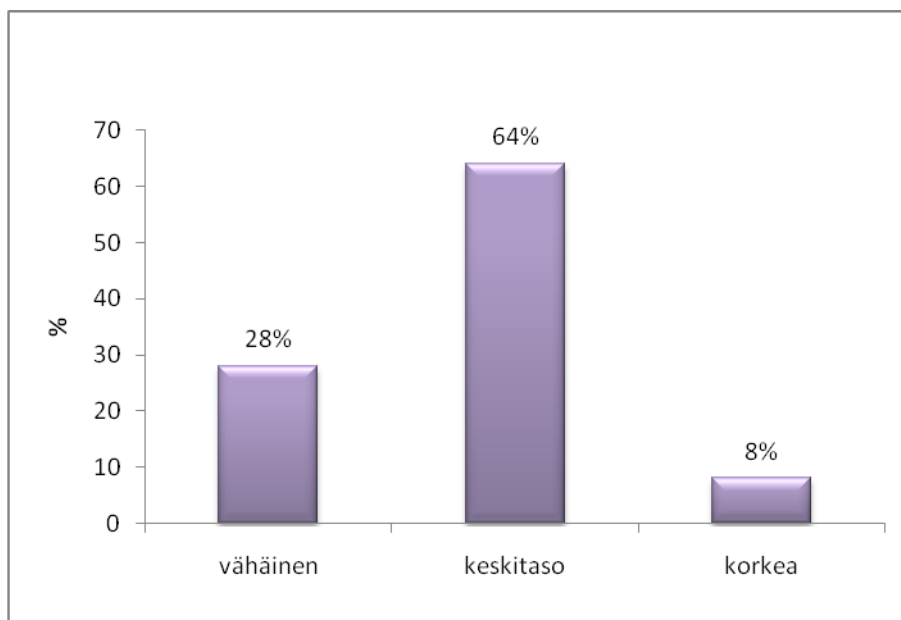
Testissä mitattiin myötätuntouupumuksen kahta osa-aluetta: post traumaattista stressiä ja loppuunpalamista, joka tunnetaan myös nimellä burn out. Post traumaattista stressiä mitattiin kyselylomakkeen väittämillä 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 ja 28. Yksi vastaajista jätti vastaamatta väittämään 2 ja yksi vastaajista ei vastannut väittämään 28. Näiden väittämien osalta vastaajien lukumäärä oli siis 26 henkilöä. Seuraavassa taulukossa on esitetty kyseisiin väittämiin annetut vastaukset (Taulukko 2). Ruudun ylimmäinen luku on vastaajien prosenttiosuus ja alempana suluissa on vastaajien lukumäärä.

Taulukko 2. Hoitohenkilökunnan post traumaattinen stressi.

	Ei koskaan <i>tai</i> Harvoin	Joskus <i>tai</i> Melko usein	Usein <i>tai</i> Erittäin usein
2. Mietin useampaa kuin yhtä potilasta.	16 % (4)	68 % (18)	16 % (4)
5. Hypähdän tai säpsähdän odottamattomista äänistä.	63 % (17)	30 % (8)	7 % (2)
7. Minusta on vaikea erottaa yksityiselämäni työroolistani hoitajana.	78 % (21)	22 % (6)	0 % (0)
9. Uskon, että potilaiden stressi on saattanut tarttua minuunkin.	89 % (24)	11 % (3)	0 % (0)
11. Olen kokenut olevani "äärirajoilla" useissa asioissa potilastyöni takia.	44 % (12)	41 % (11)	15 % (4)
13. Koen hoitotyön tuloksena masentuneisuutta.	78 % (19)	22 % (6)	0 % (0)
14. Minusta tuntuu että läpikäyn potilaiden traumaattisia kokemuksia.	59 % (16)	41 % (11)	0 % (0)
23. Vältän tietynlaisia toimintoja tai tilanteita koska ne muistuttavat minua potilaideni pelottavista kokemuksista.	96 % (26)	4 % (1)	0 % (0)
25. Potilastyöstä johtuen minulla on häiritseviä, pelottavia ajatuksia.	89 % (24)	7 % (2)	4 % (1)
28. En pysty muistamaan tärkeitä osia työstäni traumaattisiin potilaisiin liittyen.	88 % (23)	12 % (3)	0 % (0)

Post traumaattista stressiä mittaavien väittämien pistemäärät laskettiin jokaisen vastaajan kohdalla yhteen ja saadut tulokset jaoteltiin kolmeen ryhmään: vähäinen post traumaattinen stressi (alle 8 pistettä), keskimääräinen post traumaattinen stressi (8-17 pistettä) ja korkea post traumaattinen stressi (yli 17 pistettä) (Liite 3). Koska kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta johonkin tämän ryhmän väittämään, oli heidän pistemääränsä hylättävä tuloksia tarkasteltaessa. Lopulliseen yhteenvetoon otettiin siis mukaan 25 vastaajan pisteet. Vastaajista suurin osa, 16 henkilöä eli 64%, koki keski-

tasoista post traumaattista stressiä. Vastaajista 28% eli seitsemän henkilöä tunsi vähäistä post traumaattista stressiä ja vain kaksi henkilöä eli 8% vastanneista kärsi korkeasta post traumaattisesta stressistä. (Kuvio 6.) Vastausten keskiarvo oli 11,16 pistettä ja mediaani 10,0 pistettä. Alin pistemäärä oli 4 ja ylin 22 pistettä.



Kuvio 6. Post traumaattisen stressin taso.

Kyselyn tulokset post traumaattisen stressin tasosta ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khi2-testillä. Taustamuuttujista työyksiköllä, vastaajan iällä tai kokemuksella hoitotyöstä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Otokoko on kuitenkin pieni, mikä heikentää ristiintaulukoinnin luotettavuutta. Korkean pistemäärän saaneet kaksi henkilöä olivat kuitenkin molemmat 40-49-vuotiaita ja heillä oli kokemusta hoitotyöstä yli 15 vuotta. Testin tähän osioon saattoivat vaikuttaa myös henkilökohtaiset syyt, kuten vapaa-ajalla koetut traumaattiset asiat.

8.4 Hoitohenkilökunnan burnout -riski

Testin kolmatta osa-aluetta, loppuunpalamisen eli burn out:in riskiä mitattiin väittämällä 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 ja 29. Vastaajista kolme jätti vastaamatta väittämään 15, joten kyseisen väittämän osalta vastauksien lukumäärä oli kaikkiaan 24. Yksi vastaajista jätti vastaamatta väittämään 17 eli tähän väittämään antoi vastauk-

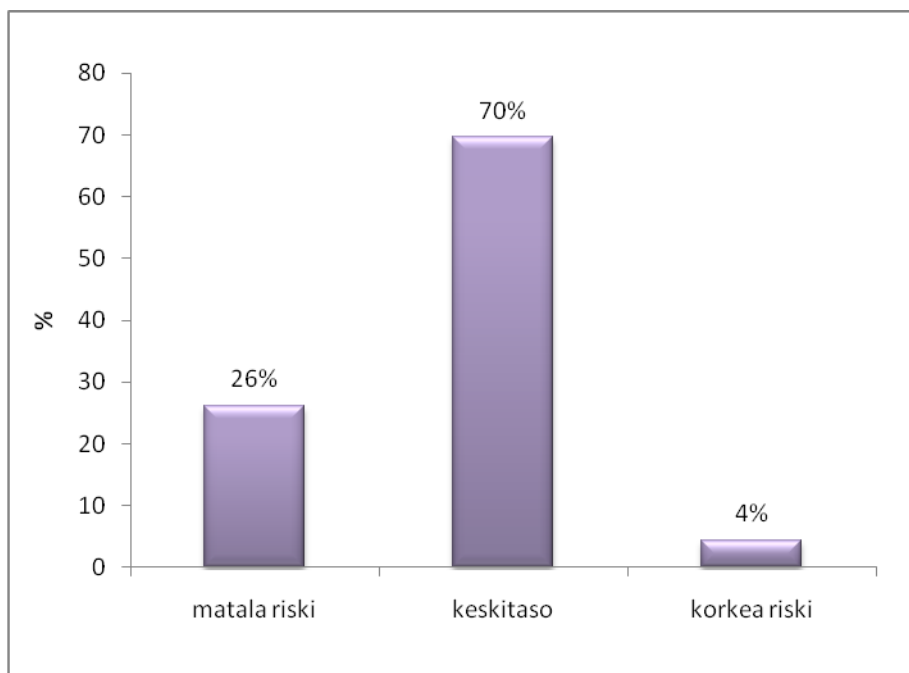
sensa 26 henkilöä. Seuraavassa taulukossa on esitetty kyseisiin väittämiin annetut vastaukset (Taulukko 3). Ruudun ylimmäinen luku kertoo vastaajien prosenttiosuuden ja alempana suluissa oleva lukema vastaajien lukumäärän.

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan burnout -riski.

	Ei koskaan <i>tai</i> Harvoin	Joskus <i>tai</i> Melko usein	Usein <i>tai</i> Erittäin usein
1. Olen onnellinen.	4 % (1)	26 % (7)	71 % (19)
4. Tunnen yhteyttä muihin ihmisiin.	0 % (0)	33 % (9)	67 % (18)
8. Menetän untani hoidettavan henkilön traumaattisten kokemusten takia.	74 % (20)	26 % (7)	0 % (0)
10. Tunnen olevani ansassa työni vuoksi.	89 % (24)	7 % (2)	4 % (1)
15. Minulla on uskomuksia, jotka vahvistavat minua.	38 % (9)	41 % (10)	21 % (5)
17. Olen se henkilö, joka olen aina tahtonut olla.	4 % (1)	46 % (12)	50 % (13)
19. Tunnen itseni uupuneeksi potilastyön takia.	26 % (7)	74 % (20)	0 % (0)
21. Hukan työmäärään.	30 % (8)	66 % (18)	4 % (1)
26. Tunnen systeemin vuoksi polkevani paikoillani.	70 % (19)	26 % (7)	4 % (1)
29. Olen erittäin herkkä ihminen.	22 % (6)	56 % (15)	22 % (6)

Ennen pisteiden laskua väittämien 1, 4, 15, 17 ja 29 pisteet käännettiin vastakkaisiksi pistemääriksi ohjeistuksen mukaisesti (Liite 3). Tämän jälkeen väittämien pistemäärät laskettiin jokaisen vastaajan kohdalla yhteen ja saadut tulokset jaettiin ohjeistuksen mukaisesti kolmeen ryhmään: matala loppuunpalamisen riski (alle 18 pistettä), keskitasoinen riski (18-27 pistettä) ja korkea loppuunpalamisen riski (yli 27 pistettä). Kaikkiaan neljä vastaajaa oli jättänyt vastaamatta johonkin tämän ryhmän väittämään, joten heidän pistemääränsä jätettiin pois lopullisista tuloksista. Tämän osuuden yhteenvetoon otettiin siis mukaan 23 vastaajan pisteet. Suurimmalla osalla vas-

taajista, 16 henkilöllä eli 70 %, oli keskitasoinen riski palaa loppuun työssään. Matala loppuunpalamisen riski oli 6 vastaajalla, joka oli 26% vastanneista. Korkea loppuunpalamisen riski oli yhdellä vastaajalla. (Kuvio 7.) Vastausten keskiarvo oli 20,30 pistettä ja mediaani 20,0 pistettä. Alin pistemäärä oli 14 ja ylin 29 pistettä.



Kuvio 7. Burnout -riski.

Saadut tulokset vastaajien loppuunpalamisen tasosta ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khi2-testillä. Taustamuuttujista työyksiköllä tai vastaajan iällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Vastaajan työkokemuksella hoitotyöstä näytti olevan hyvin pieni tilastollinen yhteys, sillä alhaisimman pistemäärän saaneet 26% vastaajista olivat työskennelleet hoitoalalla 20 vuotta tai vähemmän. Yli 20 vuotta hoitoalalla työskennelleillä oli keskitasoinen uupumisen riski. Otokoko on kuitenkin pieni, mikä heikentää ristiintaulukoinnin luotettavuutta. Testin tähän osioon saattavat kuitenkin vaikuttaa myös henkilökohtaiset syyt ja kyseisen päivän tapahtumat sekä fyysinen väsymys.

8.5 Vastaajien ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi

Kyselylomakkeen viimeinen kohta eli kohta 31 oli avoin kysymys, jossa pyydettiin vastaajilta ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Vastaajista 56% eli 15 henki-

löö vastasi myös tähän kysymykseen. Suurin osa vastanneista oli esittänyt yhden tai kaksi ehdotusta työhyvinvoinnin kehittämiseksi, mutta jotkut olivat myös listanneet useita erilaisia ehdotuksia työhyvinvoinnin parantamiseksi. Vastaukset koottiin yhteen ja luokiteltiin sisällön analyysin avulla kolmeen pääryhmään seuraavasti: työ ja työympäristö (12 ehdotusta), työnohjaus ja yhteiset keskustelut (9 ehdotusta) sekä vapaa-ajan toiminta (5 ehdotusta).

Vastauksissa selvästi eniten kannatusta sai työnohjaus, jota ehdotti 40% vastanneista eli 6 henkilöä. Työnohjaukseen ja yhteisiin keskusteluihin liittyen vastaajat toivoivat avointa keskustelua asioista, osastotunteja ja yhteistä tulevaisuuden suunnittelua työpaikalla. Yksi vastaaja toivoi asiantuntijaluentoja jaksamiseen liittyen.

”Toivoisin säännöllistä työnohjausta sekä osastotunteja, joissa käitäisiin asioita läpi yhdessä”

”Kommunikointi omien työkavereiden kanssa on mielestäni yksi tärkeimmistä tekijöistä. Säännöllinen työnohjaus olisi myös hyvä asia.”

”Työnohjaus, yhteiset periaatteet työssä, koulutus, työnkierto, tulevaisuuden suunnittelu yhdessä.”

Työhön ja työympäristöön liittyvissä ehdotuksissa tuli esiin työyhteisön toiminnallisuus. Tällä tarkoitettiin ammatillista osaavuutta, työn suunnittelua ja johtajuutta.

”Riittävä ja osaava henkilökunta”

”Työvuorosuunnittelu”

”Kannustava esimies”

”Rakentava ja kehittävä työilmapiiri! Hoitotyötä hoidetaan potilaslähtöisesti, silloin hoitajatkin saavat hyviä kokemuksia.”

Yksi vastaajista mainitsi tiedon työn jatkumisesta parantavan työhyvinvointia. Syöpätautien poliklinikalta kaksi vastaajaa toivoivat parannusta työtiloihin.

”Tila-asiat kuntoon: riittävästi työhuoneita rauhallisen työympäristön ja ”vakituisen” työpisteen takaamiseksi.”

Vapaa-ajalla tapahtuvaa työhyvinvoinnin kehittämistä ehdotti viisi vastaajaa. Ehdotuksissa toivottiin enemmän yhteisiä kokoontumisia ja hauskoja hetkiä työkavereiden kanssa sekä tutustumista kollegoihin vapaa-ajan toiminnan kautta.

”Enemmän kokoontumista vapaa-ajalla, tykyilyä enemmän.”

”Hauskoja hetkiä yhdessä, kokoontumista työtovereiden kesken. Teatteria, retkiä, liikuntaa, tutustumisia erilaisiin laitoksiin yms.”

”Yhteiset tilaisuudet muutaman kerran vuodessa -> lisää yhteenkuuluvuutta, yhteiseen hiileen puhaltamista.”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa myötätuntouupumuksesta ja sen kehittymisestä sekä ennaltaehkäisystä sosiaali- ja terveysalalla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa myötätuntouupumuksen esiintyvyyttä hoitohenkilökunnassa Satakunnan keskussairaalan syöpätautien poliklinikalla ja hematologisella vuodeosastolla. Tarkoituksena oli myös arvioida niitä tekijöitä, jotka edistävät ja ehkäisevät myötätuntouupumuksen kehittymistä.

Tietoa kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, joita toimitettiin edellä mainittuihin yksiköihin yhteensä 35 kappaletta. Täytettyjä kyselylomakkeita palautettiin kaikkiaan 27 kappaletta eli vastausprosentiksi tässä kyselyssä muodostui 77 %. Vastaajista 15 työskenteli hematologisella vuodeosastolla ja 12 syöpätautien poliklinikalla. Kyselyyn saivat osallistua näissä yksiköissä kaikki hoitotyötä tekevät henkilöt. Taustamuuttujia tarkasteltaessa voidaan huomata, että kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista oli 40-vuotiaita tai vanhempia. Nuorten, alle 30-vuotiaiden, osuus oli pieni, sillä heitä oli vain 11% kyselyyn vastanneista. Vastaajat myös omasivat huomattavan määrän työkokemusta hoitoalalta, sillä joka neljäs vastaaja kertoi työskennelleensä hoitoalan tehtävissä yli 25 vuotta. Neljännes vastaajista ilmoitti työkokemuksensa olevan korkeintaan kymmenen vuotta ja puolet vastaajista kertoi tehneensä hoitotyötä 11-25 vuotta. Vastaajilta kysyttiin myös, kauanko he ovat työskennelleet nykyisessä työyksikössään. Syöpätautien poliklinikalla kaksi kolmasosaa vastaajista

oli työskennellyt yksikössä korkeintaan viisi vuotta. Hematologisella vuodeosastolla oli työskennelty keskimäärin kauemmin kuin poliklinikalla, sillä vuodeosastolla vastaajista lähes kaksi kolmasosaa oli ollut töissä yksikössä yli kymmenen vuotta.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla käyttäen kansainvälistä myötätuntotyytyväisyys ja -uupumusmittaria. Mittarin tarkoituksena on mitata hoitohenkilökunnan kokemaa myötätuntotyytyväisyyttä sekä post traumaattista stressireaktiota ja loppuunpalamista, jotka ovat kaksi tyypillisintä piirrettä myötätuntouupumuksessa. Kunkin vastaajan antamat pisteet eri osa-alueiden väittämiin laskettiin yhteen ja saadut tulokset jaoteltiin ohjeistuksen mukaisesti kolmeen ryhmään; vähäinen, keskitaso ja korkea (Liite 4). Kansainvälisten tutkimusten pohjalta on luotu mittarille viitearvot, joiden mukaan kunkin osa-alueen vastuksissa keskimäärin 25% vastaajista sijoittuu keskitasoa alempaan ryhmään (vähäinen) ja vastaavasti 25% vastaajista sijoittuu keskitasoa ylempään ryhmään (korkea). Keskitasoa edustaa siis näin ollen 50% vastaajista. (Stamm 2010.)

Tuloksia tarkasteltaessa voidaan huomata suurimman osan vastaajista edustavan keskitasoa kaikilla kolmella mittauksen osa-alueella. Lähimmäs kansainvälisiä viitearvoja päästään myötätuntotyytyväisyyden osiossa, jossa 22% vastaajista edustaa vähäistä myötätuntotyytyväisyyden tasoa ja 19% korkeaa myötätuntotyytyväisyyttä. Vastaajista 59% kokee työssään keskitasoisesti myötätuntotyytyväisyyttä. Post traumaattista stressiä mitattaessa voidaan nähdä, että vain 8% vastaajista tuntee korkeaa post traumaattista stressiä, mutta hieman kansainvälisiä keskiarvoja enemmän eli 28% vastaajista kokee vain vähäistä post traumaattista stressiä. Enemmistä eli 64% vastaajista sijoittuu post traumaattisessa stressissä keskitasolle. Tämän osion tulosten kirjo on kuitenkin laaja, sillä alin pistemäärä oli 4 pistettä ja korkein 22 pistettä. Loppuunpalamista eli burn out:ia tarkastelevassa osiossa matala loppuunpalamisen riski on 26% vastaajista ja vain yhdellä vastaajalla on korkea loppuunpalamisen riski. Keskitasolle sijoittuu viitearvoja huomattavasti suurempi joukko eli 70% vastaajista. Vakavasta myötätuntouupumuksesta kertoo tilanne, jossa vastaajan myötätuntotyytyväisyyspisteet ovat matalat ja post traumaattisesta stressistä sekä loppuunpalamisesta kertovat pisteet puolestaan korkeat. Tällaista tilannetta ei ollut kenelläkään vastaajista.

Myötätuntotyytyväisyyden, post traumaattisen stressin ja loppuunpalamisen tulokset ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa mutta tilastollisesti merkittäviä tai erittäin merkittäviä yhteyksiä ei löytynyt. Samoin yksittäisten väittämien vastaukset ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa, mutta tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä ei tullut esiin. Yksittäisistä väittämistä voidaan tässä nostaa esiin muutamia kohtia, joissa vastaajat olivat melko yksimielisiä.

Aikaisempien tutkimustulosten ja kirjallisuuteen perustuvan tiedon pohjalta voidaan olettaa, että hoitajat yleisesti viihtyvät työssään ja kokevat useasti työiloa ja ammatitilpeyttä. Myös tässä tutkimuksessa vastaajista 93% ilmoitti pitävänsä työstään hoitajana usein tai erittäin usein ja 82% ilmoitti kokevansa usein tai erittäin usein tyytyväisyyttä siitä, että voi hoitaa ihmisiä. Vastaajista 74% kertoi olevansa usein tai erittäin usein ylpeä siitä, mitä voi tehdä auttaakseen ja 70% vastasi olevansa usein tai erittäin usein onnellinen, että valitsi tämän työn. Vastaajista 67% ilmoitti, että työ saa heidät tyytyväisiksi usein tai erittäin usein ja 59% oli usein tai erittäin usein tyytyväinen omiin ajan tasalla oleviin hoitotaitoihin. Kuitenkin vain 41% vastaajista uskoi, että he voivat vaikuttaa työnsä kautta usein tai erittäin usein.

Eräs tärkeä myötätuntuupumukselta suojaava tekijä on kyky erottaa työasiat ja vapaa-aika toisistaan. Tämä näyttää onnistuvan kyselyyn vastanneilta, sillä 89% vastasi, että potilaiden stressi on tarttunut heihin vain harvoin tai ei koskaan. Vastaajista 78% kertoi, että heillä ei ole koskaan tai vain harvoin vaikea erottaa yksityiselämää työroolistaan hoitajana. Kukaan vastaajista ei ilmoittanut menettäneensä usein tai erittäin usein yöuniaa potilaan traumaattisten kokemusten takia. Samoin yksikään vastaaja ei ilmoittanut tuntevansa usein tai erittäin usein masentuneisuutta hoitotyön tuloksena. Aikaisemmissa työuupumusta koskevissa tutkimuksissa on myös nähtävissä, että kiire kuormittaa hoitajien työskentelyä ja altistaa uupumukselle. Tässä tutkimuksessa 74% vastaajista ilmoitti tuntevansa itsensä joskus tai melko usein uupuneeksi potilastyön takia. Vastaajista 66% kertoi hukkuvansa työmäärään joskus tai melko usein.

Kyselylomakkeen loppuun oli liitetty avoin kysymys, jossa pyydettiin vastaajilta ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Tältä osin tutkimus oli siis kvalitatiivinen. Tähän kohtaan oman ehdotuksensa antoi 15 vastaajaa, joista muutamit tarjosivat

useita ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Selvästi suosituin työhyvinvoinnin kehittämisen keino oli työnohjaus, jota ehdotti 40% vastaajista. Vuodeosastolla työnohjausta kannatettiin enemmän kuin poliklinikalla. Muutenkin vastaajat toivoivat enemmän avointa keskustelua työn kuormittavuudesta ja asioiden läpikäyntiä yhteisissä tilaisuuksissa. Työtiloihin toivottiin parannusta erityisesti poliklinikalta tulleissa vastauksissa. Kannustava esimies, työvuorosunnittelu ja riittävä henkilökuntamäärä mainittiin myös työhyvinvoinnin kehittämisen keinoina. Vapaa-ajalla tapahtuvaa työhyvinvoinnin kehittämistä ehdotti kolmasosa kysymykseen vastanneista. Yksi vastaaja luetteli useita erilaisia vapaa-ajan toimintoja, joita voitaisiin toteuttaa yhdessä työtovereiden kanssa. Kaiken kaikkiaan nämä vastaukset kertovat siitä, että hoitajilla olisi tarjota monenlaisia kehittämis ehdotuksia työhyvinvoinnin parantamiseksi, jos ne vain huomioitaisiin ja niille tarjottaisiin mahdollisuus päästä julki.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA POHDINTA

10.1 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Korkean reliabiliteetin tutkimuksissa tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisesti syntyneitä. Mikäli sama tutkimus toistettaisiin nyt, niin saataisiin jälleen samanlaiset tai lähes samanlaiset tutkimustulokset. Tutkimuksen reliaabeliudesta voidaan saada varmistus eri tavoin. Jos esimerkiksi kaksi eri tutkijaa päätyy samansuuntaisiin tutkimustuloksiin, voidaan tutkimusta pitää reliaabelina. Myös silloin, jos samaa koehenkilöä on testattu eri tutkimuskerroilla ja tulos pysyy samana, voidaan katsoa tuloksen olevan reliaabeli. Joitakin tutkimusaiheita varten on myös kehitetty etukäteen testattuja mittareita kansainväliseen käyttöön. Näiden mittareiden tarkoituksena on taata luotettavat tutkimustulokset aiheesta ja tarjota mahdollisuus vertailla tuloksia myös kansainvälisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tietojen keräämiseen kansainvälistä mittaria, jonka viitearvot on laadittu 3000 henkilön vastausten pohjalta ja jota on käytetty ammatilli-

sen elämänlaadun arviointiin jo useiden vuosien ajan monissa eri maissa. Mittaria on myös pyritty kehittämään vuosien saatossa, jotta saadut tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Tässä opinnäytetyössä käytetty strukturoitu kyselylomake oli kyseisen mittarin neljäs versio. (www.proqol.org.) Valitettavasti suomalaisissa hoitoalan tutkimuksissa ei ole juurikaan käytetty tätä mittaria, joten luotettavaa vertailukelpoista tutkimusta oli vaikeaa löytää. Kansainvälisesti tätä mittaria on käytetty lukuisissa erilaisissa tutkimuksissa, mutta Suomessa sitä on käytetty lähinnä opettajien emotionaalisen työuupumuksen mittarina. Tämän opinnäytetyön kohdejoukko oli melko pieni, 27 henkilöä, mikä vähentää tutkimuksen luotettavuutta ja lisää sattumanvaraisuuden mahdollisuutta tutkimustuloksissa. Kuitenkin kyselyn tuloksia tarkasteltaessa voidaan huomata, että annettujen vastausten keskiarvo on melko lähellä kansainvälisesti annettuja keskiarvoja (Liite 4). Vastausten keskiarvo ja mediaani ovat myös lähellä toisiaan, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyn mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkijan on ollut tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeen vastaaja ei välttämättä aina ymmärrä, mitä kysymyksellä tai väitteellä tarkoitetaan tai hän on ymmärtänyt sen sisällön väärin. Mikäli kyselyyn vastaavat tutkimushenkilöt ymmärtävät kysymysten sisällön eri tavoin, niin myös tutkimuksen ja mittarin pätevyys kärsii. Myös silloin, jos tutkija näkee kysymysten tai väittämien tarkoittavan eri asiaa kuin tutkittavat sen ymmärtävät, voi mittari jälleen antaa virheellisiä tuloksia. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusmenetelmän ja havaintojen keruun tarkka selostus. Tutkijan laajat perustelut tutkimuksen tuloksista ja siitä, kuinka näihin tuloksiin on päädytty, lisäävät validiteettia. Tutkimuksen validiteettia voidaan parantaa myös käyttämällä useita eri menetelmiä tutkimustiedon keräämiseksi tai lähestymällä tutkimusaihetta erilaisista teoreettisista näkökulmista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226-228.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake käytiin etukäteen läpi sekä koululla ohjaavan opettajan kanssa että hematologisella vuodeosastolla ylihoitajan ja osastohoitajan kanssa. Tällöin kyselyn väittämiä ja taustamuuttujia hiottiin mahdollisimman selkeiksi. Tästä huolimatta jotkin mittarin väittämät olivat selvästikin aiheuttaneet vastaajissa hämmennystä tai heillä oli vaikeuksia tulkita väittämän sisältöä. Kaikkiaan kuusi vastaajaa jätti vastaamatta johonkin kyselyn väittämään. Vastaamatta jääneitä

väittämiä oli suunnilleen yhtä paljon vuodeosastolta ja poliklinikalta palautetuissa kyselyissä. Eniten jätettiin vastaamatta väittämään ”Minulla on uskomuksia, jotka vahvistavat minua”, sillä kaikkiaan kolme vastaajaa jätti vastaamatta tähän kohtaan. Joidenkin väittämien kohdalle oli laitettu vain kysymysmerkki vastaukseksi. Väittämän ”En pysty muistamaan tärkeitä osia työstäni traumaattisiin potilaisiin liittyen” kohdalle yksi vastaajista oli kirjoittanut kommentin ”Mitä väite tarkoittaa?”. Vastaajat olisivat kenties hyötäneet kyselylomaketta täyttäessään vaihtoehdosta ”en osaa sanoa”, mutta sitä ei mittarin pisteidenlaskun ja tulosten tulkinnan kannalta ollut mahdollista käyttää vaihtoehtona. Vastausohjeissa olisi pitänyt korostaa, että vastaajien toivotaan vastaavan jokaiseen kyselyn väittämään. Kyselylomakkeen pilotointi ennen varsinaista tutkimusta olisi kenties tuonut esiin joidenkin väittämien ongelmallisuuden. Tekijänoikeudellisista syistä johtuen mittarin väittämiä ei kuitenkaan ollut mahdollista muokata kovinkaan paljoa.

10.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikka pohjautuu kysymykseen siitä, mikä on hyvää ja mikä pahaa, mitä sallimme ja mitä emme voi sallia. Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä ja eettisesti korkeatasoinen tutkimus noudattaakin hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettinen pohdiskelu alkaa jo tutkimusaihetta valittaessa ja jatkuu läpi koko työn. Lähtökohtana kaikessa tutkimustyössä tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä tarkoittaa myös sitä, että tutkimukseen osallistuvilla tulee olla vapaus valita, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Heille tulee myös antaa riittävästi tietoa tutkimuksen kulusta päätöksentekonsa pohjaksi. Eettisesti korkeatasoisen tutkimuksen tuottaminen kaikki seikat huomioiden on kokonaisuudessaan vaativa tehtävä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23-27.)

Tämän opinnäytetyön aihe oli melko arkaluontoinen ja alusta asti voitiin olettaa, etteivät kaikki hoitotyötä tekevät välttämättä ole halukkaita vastaamaan kyselyyn. Keskustelimme ylihoitajan ja osasto A6:n osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa tutkimuksen eettisyydestä. He ehdottivatkin, että liittäisin kyselylomakkeen yhteyteen riittävän pitkän saatekirjeen, jossa kertoisin tutkimuksesta ja sen tavoitteista sekä painottaisin, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Lisäksi päätettiin

lisätä saatekirjeeseen, että tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, etteivät yksittäisten hoitajien vastaukset paljastu. Kävimme myös yhdessä läpi opinnäytetyön taustamuuttujia ja totesimme niiden vaativan pientä muokkausta. Taustamuuttujien ensimmäisen kysymyksen ikähaarukoita muutettiin isommiksi, etteivät hoitajat tulisi ikänsä puolesta tunnistettaviksi kyselyiden vastauksista.

Kyselyn vastauksia analysoitaessa kävi ilmi, että muutamat vastaajista olivat jättäneet vastaamatta johonkin kyselyn väittämään. On toki mahdollista, että vastaaja on vain vahingossa hypännyt jonkin kohdan yli lomaketta täyttäessään tai hän ei ole ymmärtänyt väittämän sisältöä. Toisaalta jotkin väittämät saatettiin myös kokea niin arkaluonteisiksi, ettei niihin haluttu vastata. Jos vastaaja ei ole aiemmin pysähtynyt pohtimaan omaa työssä jaksamistaan ja omia voimavarojaan, saattaa niiden arvioiminen äkkiseltään tuntua jopa kiusalliselta tai hämmentävältä.

Aineiston kerääminen toteutettiin niin, että molemmissa yksiköissä oli oma vastauslaatikkonsa, johon vastaaja sai käydä pudottamassa oman täytetyn kyselylomakkeensa. Vastauslaatikko oli koottu siten, että oman lomakkeensa pystyi pudottamaan laatikon sisään vain pienestä aukosta, joka oli tehty laatikon keskelle. Tarkoituksena oli tällöin taata, että vastaajat voisivat vastata kyselyyn rehellisesti tietäen, ettei kenelläkään muulla opinnäytetyön tekijää lukuun ottamatta ole mahdollisuutta avata laatikkoa ja katsoa muiden vastauksia. Kuitenkin yksi vastaajista oli laittanut oman vastauslomakkeensa vielä pieneen kirjekuoreen ja liimannut kuoren tiiviisti kiinni. Tämän jälkeen hän oli pudottanut kirjekuoren vastauslaatikkoon. Kenties kyseinen henkilö ei kokenut vastauslaatikkoa riittävän luotettavaksi tai hän oli saattanut epäillä, että jollakin henkilökunnasta olisi ollut mahdollisuus nähdä hänen vastauksensa.

10.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppaneina toimivat Satakunnan keskussairaalan hematologinen osasto ja syöpätautien poliklinikka. Heti alusta alkaen molemmat yksiköt osoittivat mielenkiintoa opinnäytetyön aiheita kohtaan ja olivat halukkaita osallistumaan kyselyyn. Vieraillessani hematologisella osastolla sain suoraan hoitajilta palautetta, että aiheeni on kiinnostava. He kertoivat myös olevansa halukkaita kuu-

lemaan tutkimuksen tuloksista. Tämä antoi viitteitä siitä, että myötätuntouupumus ei ole vielä kovinkaan tunnettu käsite, mutta hoitohenkilöstön keskuudessa tästä aiheesta kaivattaisiin lisää tietoa. Tämän opinnäytetyön avulla on mahdollista lisätä myötätuntouupumus-käsitteen tunnettavuutta ja tuoda esiin hoitotyön emotionaalista kuormittavuutta. Tätä kautta hoitajat toivottavasti rohkenevat itsekkin avautua työn emotionaalisesta kuormittavuudesta ja keskustella avoimesti omasta työssä jaksamisestaan. Esimiehille opinnäytetyön kautta voisi avautua mahdollisuus tunnistaa entistä selkeämmin hoitajien tarpeita työhyvinvoinnin kehittämisessä ja henkilöstön uupumisen ennaltaehkäisyssä. Terveiden edistämistä ja työhyvinvointia tukevat toimet työpaikoilla ovat loppujen lopuksi melko yksinkertaisia, jos niille vain halutaan näyttää vihreää valoa.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla esimerkiksi ammatillisen elämänlaatuasteikon käyttö arvioitaessa hoitajien työssä jaksamista suuremmassa kohdejoukossa. Tässä tutkimuksessa ei esiintynyt merkittäviä eroja myötätuntouupumuksessa tai myötätuntoutyytyväisyydessä osaston ja poliklinikan välillä. Mahdollisia eroja voisi kenties löytyä, jos kohdejoukko olisi isompi ja tutkimuksen kohteena olisivat esimerkiksi sairaalan lastenosastoilla tai ensihoidossa työskentelevät. Tutkimus voisi olla myös kansainvälinen vertaillen eri kulttuureissa työskentelevien hoitajien työssä jaksamista. Jatkossa olisi mahdollista toteuttaa myös erilaisia projekteja, joiden tavoitteena olisi parantaa työhyvinvointia. Projektin alussa osanottajat testattaisiin myötätuntoutyytyväisyys ja -uupumusmittarilla, jonka jälkeen panostettaisiin työpaikalla työhyvinvoinnin kehittämiseen esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden ajan. Tämän jälkeen kohdejoukko testattaisiin uudelleen samalla mittarilla ja tutkittaisiin onko muutosta tapahtunut. Projekteilla voitaisiin myös tukea hoitajien oma-aloitteisuutta työhyvinvoinnin kehittämisessä ja uupumisen ennaltaehkäisyssä.

LÄHTEET

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Honkalampi, K., Koivu, A., Savolainen, K. & Viinamäki, H. 2004. Lääkärin ja sairaanhoitajien työn vaatimustekijät ja työuupumus yliopistollisessa sairaalassa. Suomen lääkärilehti. [Viitattu 18.4.2011] Saatavissa: www.terveysportti.fi
- Huttunen, J. 2010. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 3.3.2011] Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi
- Kanste, O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulu. Oulun yliopisto.
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M., Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Tampere. Työterveyslaitos.
- Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Tampere. Työterveyslaitos.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Lindqvist, M. 1990. Auttajan varjo. Helsinki. Otava.
- Mattila, K-P. 2010. Asiakkaana ihminen: työnä huolenpito ja auttaminen. Juva. PS-kustannus.
- Nissinen, L. 2009. Auttamisen rajoilla: myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampere. Tampere University Press.
- Professional Quality of Life-järjestön www-sivut. [Viitattu: 16.4.2011] Saatavissa: www.proqol.org
- Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat: viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- Rauramo P. 2003. Täysi tusina tykyä – kertomuksia arjen sankareista. Helsinki. Työturvallisuuskeskus.
- Rovasalo, A. 2009. Työuupumus. Lääkärin käsikirja. [Viitattu 18.4.2011] Saatavissa: www.terveysportti.fi
- Salo, S. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo – alusta uudelleen. Hämeenlinna. Salutonova oy.

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. [Viitattu 30.1.2011] Saatavissa: www.satshp.fi

Sjöroos, M. 2010. Myötätunto: ole läsnä, elä mukana. Helsinki. Minerva.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Työhyvinvointi perustuu yhteistyöhön. [Viitattu 4.3.2011] Saatavissa: www.stm.fi/tyosuojelu/tyohyvinvointi

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveiden edistäminen. [Viitattu: 6.5.2011] Saatavissa: www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. [Viitattu: 6.5.2011] Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>

Stamm, B. H. 2010. The Concise ProQOL Manual. [Viitattu: 15.4.2011] Saatavissa: www.proqol.org

Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä: hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampere. Tampere University Press.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla: näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Vammala. Tammi.

Tilastokeskus. Työmarkkinat. [Viitattu 20.2.2011] Saatavissa: www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_tyoelama.html

Toivola, K. 2004. Myötätuntouupumus – auttajantyön työperäinen riski. Työterveyslääkäri 22 (3), 330-332.

Vertio, H. 2003. Terveiden edistäminen. Jyväskylä. Tammi.



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Tiedepuisto 3
28600 PORI

OP07
SOPIMUS
OPINNÄYTETYÖN
TEKEMISESTÄ

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Satu Kortetmäki	Opiskelijanumero: 0701094	Aloitusrhmä: HT07P/1vB
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: lehtori Marja Flinck, marja.flinck@samk.fi, puh. 044-710 3430		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Satakunnan keskussairaala, ylihoitaja Päivi Hautaoja, paivi.hautaoja@satshp.fi, puh. 627 7604 tai 044 707 7604		
Opinnäytetyön nimi: Myötätuntouupumus hoitohenkilöstön kokemana Satakunnan keskussairaalan syöpätautien poliklinikalla ja hematologisella osastolla.		
Työn etenemisaikataulu: kysely yksiköille maaliskuussa, kirjallinen työ huhtikuussa, opinnäytetyön raportointi toukokuussa Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteesta. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteesta tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustasosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyöstä, mukaan lukien SAMK:n yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävistä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: 18.3.2011		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys: 	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: 	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: 		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010

Arvoisa vastaaja!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta, Porin yksiköstä. Teen opinnäytetyötä aiheenani hoitohenkilöstön myötätuntopuupumus eli pyrkimyksenäni on tutkia sitä, miten henkisesti raskaat potilastilanteet vaikuttavat hoitajiin. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa myötätuntopuupumuksen esiintyvyyttä hoitohenkilökunnassa sekä arvioida niitä tekijöitä, jotka edistävät ja ehkäisevät myötätuntopuupumuksen kehittymistä.

Hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana kyky asettua toisen asemaan ja myötäelää hänen tunteitaan. Empatiakykyä tulisi olla riittävästi, mutta työssä jaksamisen kannalta on myös tärkeää asettaa rajat omalle ammatillisuudelle. Myötätunnosta uupuneen hoitajan tietoista tai alitajuista mieltä hallitsevat autettavien tarinat ja hänellä voi esiintyä erilaisia stressioireita. Myötätuntopuupumus on siis työperäistä uupumusta, jolle altistaa pitkäaikainen yhteys henkisesti kuormittaviin tilanteisiin. (*)

Seuraavilta sivuilta löytyy Yhdysvaltalaisen tutkijan kehittämä ”Ammatillinen elämänlaatuasteikko”, jolla mitataan vastaajan myötätuntotyytyväisyyttä sekä myötätuntopuupumusta. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäisen henkilön vastauksia pystytä tunnistamaan.

Yhteistyöstä kiittäen,

Satu Kortetmäki

satu.kortetmaki@student.samk.fi

(*) LÄHTEET:

Nissinen, L. 2009. Auttamisen rajoilla: myötätuntopuupumuksen synty ja ehkäisy. Helsinki. Edita.
Toivola, K. 2004. Myötätuntopuupumus – auttajan työperäinen riski. Työterveyslääkäri 22 (3) 330-332.

TAUSTAMUUTTUJAT

Ympyröi oikea vaihtoehto:

1. Ikä

- a. alle 30 vuotta
- b. 30–39 vuotta
- c. 40–49 vuotta
- d. yli 49 vuotta

2. Työkokemus hoitotyöstä

- a. 0-5 vuotta
- b. 6-10 vuotta
- c. 11-15 vuotta
- d. 16-20 vuotta
- e. 21-25 vuotta
- f. yli 25 vuotta

3. Työkokemus tässä yksikössä

- a. 0-5 vuotta
- b. 6-10 vuotta
- c. 11-15 vuotta
- d. 16-20 vuotta
- e. 21-25 vuotta
- f. yli 25 vuotta

Hoitotyö asettaa sinut suoraan kontaktiin ihmisten ja heidän elämäntarinoidensa kanssa. Kuten ehkä työssäsi olet jo saanut huomata, myötätuntoisuudellasi potilaita kohtaan on sekä myönteisiä että kielteisiä puolia. Arvioi seuraavia väittämiä, jotka koskevat sinua ja tämänhetkistä tilannettasi.

Valitse se numero, joka totuudenmukaisesti kuvaa sitä, kuinka usein olet kokenut kyseistä piirrettä viimeisen kuukauden aikana.

0= Ei koskaan 1= Harvoin 2=Joskus 3=Melko usein 4=Usein 5= Erittäin usein
--

- ___ 1. Olen onnellinen.
- ___ 2. Mietin useampaa kuin yhtä potilaista.
- ___ 3. Koen tyytyväisyyttä siitä, että voin hoitaa ihmisiä.
- ___ 4. Tunnen yhteyttä muihin ihmisiin.
- ___ 5. Hypähdän tai säpsähdän odottamattomista äänistä.
- ___ 6. Tunnen itseni virkistyneeksi työskenneltyäni potilaiden kanssa.
- ___ 7. Minusta on vaikeaa erottaa yksityiselämäni työroolistani hoitajana.
- ___ 8. Menetän untani hoidettavan henkilön traumaattisten kokemusten takia.
- ___ 9. Uskon, että potilaiden stressi on saattanut tarttua minuunkin.
- ___ 10. Tunnen olevani ansassa työni vuoksi.
- ___ 11. Olen kokenut olevani 'äärirajoilla' useissa asioissa potilastyön takia.
- ___ 12. Pidän työstäni hoitajana.
- ___ 13. Koen hoitotyön tuloksena masentuneisuutta.
- ___ 14. Minusta tuntuu että läpikäyn potilaiden traumaattisia kokemuksia.
- ___ 15. Minulla on uskomuksia, jotka vahvistavat minua.
- ___ 16. Olen tyytyväinen omiin ajan tasalla oleviin hoitotaitoihin.
- ___ 17. Olen se henkilö, joka olen aina tahtonut olla.
- ___ 18. Työni saa minut tyytyväiseksi.
- ___ 19. Tunnen itseni uupuneeksi potilastyön takia.
- ___ 20. Minulla on myönteisiä ajatuksia ja tuntemuksia potilaista ja kyvyistäni auttaa heitä.

0= Ei koskaan 1= Harvoin 2=Joskus 3=Melko usein 4=Usein 5= Erittäin usein

___ 21. Hukun työmäärään.

___ 22. Uskon, että voin vaikuttaa työni kautta.

___ 23. Vältän tietynlaisia toimintoja tai tilanteita koska ne muistuttavat minua potilaideni pelottavista kokemuksista.

___ 24. Olen ylpeä siitä, mitä voin tehdä auttaakseni.

___ 25. Potilastyöstä johtuen minulla on häiritseviä, pelottavia ajatuksia.

___ 26. Tunnen systeemin vuoksi polkevani paikoillani.

___ 27. Ajattelen, että olen todella hyvä hoitaja.

___ 28. En pysty muistamaan tärkeitä osia työstäni traumaattisiin potilaisiin liittyen.

___ 29. Olen erittäin herkkä ihminen.

___ 30. Olen onnellinen että valitsin tämän työn.

31. Ehdotuksia työhyvinvoinnin kehittämiseksi:

Tekijänoikeus:

© B.Hudnall Stamm, 1997-2005. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales,R-IV (ProQOL). <http://www.isu.edu/~bhstamm>. Suomentanut H. Palmunen, T. Ruuska, 2006.

MYÖTÄTUNTOTYYTYVÄISYYS JA -UUPUMUSTESTI

Pisteytys, jos tätä kyselyä käytetään itsearviointina.

Toimi seuraavasti:

1. Vastaa kaikkiin kysymyksiin.
2. Ennen pisteiden laskua tulos tulee joissain kohdissa kääntää vastakkaiseksi: (0=0, 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Kirjaa vastauksesi viereen käännetty tulos. Käännä tulos seuraavassa viidessä väittämässä: 1, 4, 15, 17 ja 29.

3. Laske seuraavien osioiden pisteet arviointia varten:

Laske yhteen seuraavat kymmenen väittämää:

3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30.

Nämä väittämät muodostavat **Myötätuntotyytyväisyysasteikon**.

Laske yhteen seuraavat kymmenen väittämää:

1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29.

Nämä väittämät muodostavat **uupumusasteikon** (burnout).

Laske yhteen seuraavat kymmenen väittämää:

2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28.

Nämä väittämät muodostavat **Trauma/Myötätuntouupumusasteikon**.

4. Merkitse tuloksesi jokaisessa ryhmässä erikseen:

(Myötätuntotyytyväisyys) = _____

(Uupumus, Burn Out) = _____

(Trauma/myötätuntouupumus) = _____

Huomioi:

Tästä lomakkeesta saatua tietoa tulee käyttää vain suuntaa-antavasti. Se ei kumoaa annettua lääketieteellistä tietoa. Älä käytä asteikon tulosta diagnostisessa mielessä äläkä hoida tämän avulla terveystulmia konsultoimatta terveysalan/mielenterveysalan ammattilaista. Jos sinulla on lomakkeen aihealueeseen liittyviä huolia ota yhteys esim. omaan lääkäriin, työterveyshuoltoon, mielenterveystoimistoon tai alueen terveystieteelliseen.

Tekijänoikeus:

© B.Hudnall Stamm, 1997-2005. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Sub-scales, R-IV (ProQOL). <http://www.isu.edu/~bhstamm>. Suomentanut H. Palmunen, T. Ruuska, 2006.

MYÖTÄTUNTOTYYTYVÄISYYS JA -UUPUMUSTESTI

Kansainväliset teoreettiset viitearvot ProQOL-asteikolle:

Myötätuntotyytyväisyysasteikko

Keskiarvo 37 pistettä. Noin 25% ihmisistä saavat korkeamman tuloksen kuin 42 pistettä ja noin 25% ihmisistä saa alemman tuloksen kuin 33 pistettä. Jos saat korkean pistelukeman saat luultavasti runsaasti ammatillista tyytyväisyyttä työstäsi. Jos saat vähemmän kuin 33 pistettä sinulla saattaa olla ongelmia työsi kanssa tai tilanteeseen voi vaikuttaa jokin muu syy, kuten esimerkiksi saat tyytyväisyytesi muualta kuin työstä.

Uupumusasteikko (burnout)

Keskiarvo 22 pistettä. Noin 25% ihmisistä saavat korkeamman tuloksen kuin 27 pistettä ja noin 25% ihmisistä saa alemman tuloksen kuin 18 pistettä. Jos saat alhaisemman pistelukeman kuin 18 pistettä sinulla on luultavasti myönteisiä ajatuksia suhteessa kykyysi olla tehokas työssäsi. Jos saat korkeamman tuloksen kuin 27 pistettä voit miettiä mikä työssäsi saa sinut kokemaan tehottomuutta. Tuloksesi saattaa heijastella tunnetilaasi: sinulla on ehkä ollut 'huono päivä' työssä tai tarvitset aikaa levolle. Jos korkea tulos säilyy jatkossa tai se heijastelee muita huolia voi olla tarpeen hakea tilanteeseen apua.

Trauma/Myötätuntouupumusasteikko

Keskiarvo 12 pistettä. Noin 25% ihmisistä saa alemman tuloksen kuin 8 pistettä ja noin 25% ihmisistä saa korkeamman tuloksen kuin 17 pistettä. Jos saat yli 17 pistettä voit miettiä, mikä työssäsi on pelottavaa sinulle vai onko jokin muu syy nostattanut pisteitä. Korkeat pisteet eivät välttämättä merkitse ongelmaa mutta ne viittaavat siihen, että voisit miettiä miltä työsi ja työympäristösi tuntuu. Voit puhua asiasta esimerkiksi esimiehesi, kollegasi tai terveydenhuollon ammattilaisen kanssa.

Tekijänoikeus:

© B.Hudnall Stamm, 1997-2005. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL). <http://www.isu.edu/~bhstamm>. Suomentanut H. Palmunen, T. Ruuska, 2006.